



Vida y Ahorro
Solicitud de Reclamación de Sinistros Vida
Beneficiarios Personas Físicas

Datos de la Póliza									
Sinistro					Fecha de solicitud				
					Día Mes Año				
Número de Póliza(s)				Número de certificado(s)					
Nombre (de los) contratante(s)									
Origen de la reclamación									
☐ Fallecimiento ☐ Anticipo por Enfermedad Terminal ☐ Pérdida Orgánica					Fecha de siniestro				
					Día Mes Año				
☐ Anticipo por Fallecimiento ☐ Invalidez Total y Permanente ☐ Otras causas					Especifique				
La causa del siniestro se debió a ☐ Accidente ☐ Enfermedad ☐ Causas naturales ☐ Otras causas									
Datos del Asegurado									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno				Nacionalidad		Fecha de nacimiento			
				☐ Mexicana ☐ Extranjera		Día Mes Año			
Domicilio		No.	Colonia	Código postal		Delegación o municipio			
Calle									
Ciudad		Estado		País		Teléfono			
						01			
R.F.C.		C.U.R.P.			Actividad o giro del negocio				
Ocupación/profesión del Asegurado a la fecha del siniestro									
Lugar de Nacimiento			No. De Identificación Fiscal (se refiere al equivalente del RFC en el país que corresponda)						
¿Doble nacionalidad? ☐ Sí ☐ No ¿Cuál?					¿Ciudadanía en el extranjero? ☐ Sí ☐ No ¿Cuál?				
¿Residencia Fiscal en el extranjero? ☐ Sí ☐ No ¿Cuál?									
Datos del(de los) Beneficiario(s) del pago y/o representante legal (persona física)									
Para el caso en el que se reclame el Fallecimiento, Anticipo por Fallecimiento, Gastos Funerarios o Apoyo Económico Adicional por Gastos Funerarios firman los Beneficiarios. Para el caso en el que se reclame Invalidez Total y Permanente, Enfermedad, Pérdida Orgánica o Anticipo por Enfermedad Terminal firma el Asegurado.									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno						Parentesco con el Asegurado			
Ocupación o profesión				Actividad o giro del negocio			Nacionalidad		
							☐ Mexicana ☐ Extranjera		
País de nacimiento				FIEL (FEA) - Número de firma electrónica avanzada					
Fecha de nacimiento			Teléfono		Domicilio			No.	
Día Mes Año			01		Calle				
Código postal		Colonia		Delegación o municipio		Ciudad		Estado	
R.F.C.		C.U.R.P.			Correo electrónico				
Lugar de Nacimiento		No. de Identificación Fiscal (se refiere al equivalente del RFC en el país que corresponda)							

¿Doble nacionalidad? ☐ Sí ☐ No ¿Cuál?			¿Ciudadanía en el extranjero? ☐ Sí ☐ No ¿Cuál?		
¿Residencia Fiscal en el extranjero? ☐ Sí ☐ No ¿Cuál?					
Llenar estos datos en caso de ser extranjero					
Domicilio Calle		No.	Colonia	Código postal	Delegación o municipio
Ciudad		Estado		País	Teléfono 01
Ocupación/profesión del Asegurado a la fecha del siniestro					
Opción de pago					
☐ Transferencia electrónica ☐ Orden de pago		Banco	Plaza	Sucursal	
Número de cuenta		Clabe interbancaria (Utilizada para cuentas en México/18 dígitos numéricos)			
ABA (Clave utilizada para cuentas de USA/numérica)		SWIFT (Clave utilizada para cuentas del resto del mundo/alfanumérica)			
IBAN (Código Internacional de Cuenta Bancaria/alfanumérico)					
País de origen de la cuenta			Moneda de la cuenta		
El Asegurado declara, bajo protesta de decir verdad, que la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad a esta Compañía por los pagos/depósitos, que a favor de dichas cuentas ésta efectúe. Nota: la institución de seguros procederá al(los) pago(s) que se encuentre(n) cubierto(s) en el seguro celebrado, por lo cual no queda obligada por este documento a la procedencia de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la Póliza de seguros. Queda expresamente convenido que al recibir el abono como indemnización por el medio indicado, el Beneficiario del seguro otorga a favor de AXA Seguros, S.A. de C.V., el más amplio finiquito que en derecho proceda no reservando acción o derecho que ejercer en contra de la aseguradora, sea de naturaleza civil, penal o de cualquier otra índole, con motivo del siniestro que fue materia de la reclamación presentada bajo el amparo de la Póliza de seguros contratada. En caso de que se encuentre procedente la reclamación y se haya elegido la forma de pago por transferencia electrónica, el interesado está de acuerdo en que el pago de la reclamación se llevará a cabo mediante la transferencia electrónica a la cuenta bancaria proporcionado en el estado de cuenta bancario o la consulta de clabe interbancaria, correspondiente al Beneficiario del pago y anexo a este formato, incluyendo los datos del correo electrónico, teléfono, sucursal y plaza en caso de que no sea visible en la consulta de la clabe interbancaria.					
En caso de reclamación por Fallecimiento, Anticipo por Fallecimiento, Gastos Funerarios o Apoyo Económico adicional por Gastos Funerarios, firma el beneficiario. En caso de reclamación por Invalidez Total y Permanente, Enfermedad Terminal, Anticipo por Enfermedad Terminal o Pérdida Orgánica firma el asegurado.					
Con la firma de la presente solicitud el cliente declara que se le hizo entrega de la copia de la presente autocertificación. En caso de requerir una copia adicional puede solicitarla a su agente o bien, en las oficinas de AXA Seguros ubicadas en Félix Cuevas 366, Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, 03200, México, Ciudad de México en la Ventanilla Integral de Atención de AXA. Para consultar otras oficinas de atención en el país ver axa.mx/web/servicios-axa/centros-de-atencion. El horario de atención es de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas. Tus datos serán tratados de conformidad con lo establecido en nuestro Aviso de Privacidad, ubicado en axa.mx, y para todos los fines del contrato de seguro. Cruzar la casilla que corresponda: ☐ Sí ☐ No Otorgo mi consentimiento expreso para que AXA transfiera con mi agente de seguros, la siniestralidad de mi Póliza. En este sentido, el agente tendrá carácter de Responsable en términos de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares de los datos personales y datos personales sensibles que AXA le transfiera. Correo electrónico del agente _____					
Nombre y firma			Lugar y fecha		

En caso de ser más de un Beneficiario llenar el formato Otros Beneficiarios para poder tramitar la reclamación para cada uno.

En caso de que el beneficiario, Asegurado o a quien se ceda el derecho de la Póliza y que reclame el pago del seguro no sepa o no pueda firmar, deberá expresarse esta circunstancia e imprimir la huella digital de sus dedos pulgar e índice derechos, y en su caso, que dos personas firmen a su ruego como testigos. Anexar de los testigos, copia simple de su credencial de elector, de su pasaporte o de su cédula profesional por ambos lados.

Hacemos constar que en nuestra presencia _____ imprimió su huella digital en virtud de no saber o no poder firmar y después de haber sido enterado del contenido de la solicitud de reclamación, manifestó expresamente su conformidad con ella y a su ruego firmó.

Nombre completo del testigo 1	Firma
Nombre completo del testigo 2	Firma

Artículo 492 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

1. Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado desempeñan funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales, funcionarios o miembro de partidos políticos. ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, describa el puesto	Parentesco o vínculo
--	----------------------

2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con alguna sociedad o asociación? ☐ Sí ☐ No
Especifique:

3. ¿Actúa en nombre y cuenta propia? ☐ Sí ☐ No	En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa
---	--

Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación	Parentesco o vínculo con usted
--	--------------------------------

4. ¿Es accionista o socio de alguna sociedad o asociación? ☐ Sí ☐ No	Nombre y porcentaje de participación	Firma

Pasos a seguir en una reclamación

1. Recabar toda la documentación obligatoria para iniciar el trámite de acuerdo con el riesgo ocurrido.
Llenar toda la solicitud de reclamación con letra clara y todos los campos obligatorios.

DOCUMENTOS	PÓLIZA INDIVIDUAL		PÓLIZA DE GRUPO	
	FALLECIMIENTO	OTROS BENEFICIOS	FALLECIMIENTO	OTROS BENEFICIOS
Solicitud de reclamación personas físicas (formato de AXA).	✓	✓	✓	✓
Resumen clínico del médico tratante en original, amplio y detallado con antecedentes patológicos y no patológicos completos, con fechas de diagnóstico y tratamiento.		✓		✓
Recibo de nómina del asegurado a la fecha de siniestro cuando la Póliza sea vía Descuento por Nómina.	✓	✓		
Recibo de nómina del asegurado a la fecha de siniestro (si se trata de Póliza con relación laboral).			✓	
Recibo de nómina del asegurado a la fecha de siniestro.				✓
Original o copia certificada del acta de nacimiento del asegurado.	✓	✓	✓	✓
Original o copia certificada del acta de nacimiento del (de los) beneficiario(s).	✓		✓	
Original o copia certificada del acta de defunción del asegurado.	✓		✓	

DOCUMENTOS	PÓLIZA INDIVIDUAL		PÓLIZA DE GRUPO	
	FALLECIMIENTO	OTROS BENEFICIOS	FALLECIMIENTO	OTROS BENEFICIOS
Original o copia certificada de acta de matrimonio (en caso de que alguno de los beneficiarios sea cónyuge), o jurisdicción voluntaria en caso de concubinato.			✓	
Original o copia certificada de acta de matrimonio (en caso de que alguno de los beneficiarios sea cónyuge).	✓			
En caso de que la muerte sea a consecuencia de un accidente: copia certificada o cotejada de la carpeta de investigación completa.	✓		✓	
Dictamen Oficial de Invalidez (IMSS, ISSSTE, SSA). En caso de no contar con seguridad social deberá presentar Dictamen de Invalidez emitido por médico especialista en la materia, en original, adjuntando los estudios de laboratorio, histopatológicos y gabinete realizados (radiografías, resonancias magnéticas, tomografía, ultrasonido, etc.).		✓		✓
Copia simple de identificación oficial del asegurado.	✓	✓	✓	✓
Copia simple de identificación oficial del (de los) beneficiario(s).	✓		✓	
Copia simple de estado de cuenta, en caso de solicitar pago por transferencia electrónica.	✓	✓	✓	✓
Copia de comprobante de domicilio (no mayor a tres meses).	✓	✓	✓	✓
Cedula de Consentimiento firmada en original por el Asegurado, en formato de AXA, que contenga designación de beneficiarios.			✓	
Caratula de póliza y documentación contractual.	✓	✓		
Alta ante el IMSS, contrato laboral o documentación que acredite el vínculo entre el contratante y el asegurado.			✓	

2. Entregar en las oficinas de AXA los documentos para iniciar la reclamación.

3. La oficina de AXA en donde se entregaron los documentos dará seguimiento a la respuesta del trámite.
Es importante que proporcione correctamente sus datos personales como: teléfono, correo electrónico, dirección, entre otros.

Conceptos básicos

Póliza de Grupo: póliza contratada a través de una empresa. El Asegurado tiene relación laboral, se adhiere de forma voluntaria o cuenta con un crédito con el contratante.

Póliza Individual: póliza contratada directamente por el Asegurado.

Copia certificada: documento certificado ante notario público o autoridad competente.

La recepción de documentación no prejuzga sobre la procedencia o improcedencia de la reclamación.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar algún documento o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Dudas, quejas o sugerencias envía al correo electrónico: siniestrosvida@axa.com.mx o llámanos al 01 800 900 1292.

Esta documentación es enunciativa sin perjuicio del derecho de la Compañía establecido en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro de requerir información adicional.