

Información de la póliza									
Número de póliza		Fecha de solicitud		Día	Mes	Año	Lugar		
Datos del asegurado Nombre(s), apellido paterno, apellido materno									
R.F.C.				Lugar de nacimiento (ciudad, estado y país)				Sexo ☐ Masculino (M) ☐ Femenino (F)	
Fecha de nacimiento		Edad		Nacionalidad		No. de Seguridad Social		Correo electrónico	
Día		Mes		Año					
Domicilio								No. exterior	No. interior
Calle									
Colonia				Código postal		Delegación o municipio		Población o ciudad	
Tel. particular (con clave de ciudad)						Tel. celular (con clave de ciudad)			
01						01			
Declaración del último empleo									
Nombre de la empresa donde laboraba				Tel. oficina (con clave de ciudad)			Tel. oficina (con clave de ciudad)		
				01			01		
Causa del desempleo									
Indique si alguna de las siguientes causas fue el motivo de la pérdida de su empleo:									
Renuncia voluntaria ☐		Abandono de trabajo ☐		Jubilación ☐		Término de contrato ☐			
Huelga, paros o disputas laborales ☐		Despido injustificado ☐		Otra ☐		¿Cuál? _____			
Describa la causa del desempleo									
Favor de entregar copia de los siguientes documentos para proceder el reclamo de la cobertura									
Últimos dos recibos de nómina ☐		Comprobante de liquidación ☐		Baja de IMSS o ISSSTE ☐		Identificación oficial vigente ☐		Carátula de póliza ☐	
Declaraciones									
Declaro que la información aquí mencionada es completa y exacta. Asumo total responsabilidad de la veracidad de la misma y me comprometo con la compañía a dar toda la información requerida para la atención y análisis de este reclamo. Acepto que debo dar a la compañía toda la evidencia para probar que ésta es una reclamación válida y que para el caso de desempleo, éste fue completamente involuntario. Acepto que cualquier empleador, ex empleador, agencia de empleos o cualquier otra entidad a quien consulten podrán dar información respecto a los datos declarados en esta reclamación. Acepto que la entrega de este formato no significa que se haya aceptado automáticamente la reclamación. En términos del artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro acepto que la compañía tendrá derecho de exigir toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, incluso información adicional a la que en principio sea solicitada y entregada.									
_____ Nombre y firma del asegurado									
Para uso exclusivo de la Oficina VIA									
Fecha de recepción		Día	Mes	Año					

Llámanos sin costo
01 800 900 1292
axa.mx

VI-430 • OCTUBRE 2015

