

## Solicitud de Reclamación de Sinistros Vida Beneficiarios Personas Físicas

Datos de la Póliza				
Número de Póliza(s)			Número de certificado(s)	
Nombre del contratante(s)			Fecha de solicitud	
			Día Mes Año	
Origen de la reclamación			Día Mes Año	
<input type="checkbox"/> Fallecimiento	<input type="checkbox"/> Anticipo por Enfermedad Terminal	<input type="checkbox"/> Pérdida Orgánica	Fecha de siniestro	
<input type="checkbox"/> Anticipo por Fallecimiento	<input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	<input type="checkbox"/> Otras causas	Especifique _____	
La causa del siniestro se debió a <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Causas naturales <input type="checkbox"/> Otras causas				
Datos del Asegurado				
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno			Fecha de nacimiento	
Nacionalidad <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera			Día Mes Año	
Domicilio Calle		No.	Colonia	Código postal
Delegación o municipio				
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				
Datos del(de los) Beneficiario(s) del pago y/o representante legal (Persona física)				
Para el caso en el que se reclama el Fallecimiento, Anticipo por Fallecimiento, Gastos Funerarios o Apoyo Económico Adicional por Gastos Funerarios firman los Beneficiarios. Para el caso de 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 <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera
País de nacimiento		FIEL (FEA) - Número de firma electrónica avanzada		
Fecha de nacimiento	Día Mes Año	Teléfono		Domicilio
Código postal		Colonia	Delegación o municipio	Ciudad
R.F.C.		C.U.R.P.		Correo electrónico
Llenar estos datos en caso de ser extranjero				
Domicilio Calle		No.	Colonia	Código postal
Delegación o municipio				
Ciudad		Estado		País
Teléfono		01		
Opción de pago				
<input type="checkbox"/> Transferencia electrónica	<input type="checkbox"/> 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)		
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/depositos, que a favor de dichas cuentas ésta efectúe.				
<b>Nota:</b> 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 proporcionada 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.				
Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de AXA Seguros, S.A. de C.V. por lo que de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares autorizo que los datos personales proporcionados en esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro Firma _____.				

Asimismo autorizo que AXA Seguros comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible, con mi agente de seguros.  
Sí  No  Firma \_\_\_\_\_ "En caso de que usted no lo acepte favor de anular ambas casillas y **no estampe su firma**".

El tratamiento de los datos personales en AXA Seguros, S.A. de C.V., se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet axa.mx, en la sección aviso de privacidad.

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

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 o 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 firmo.

Nombre completo del testigo 1	Firma

Nombre completo del testigo 2	Firma

**Artículo 140 Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**

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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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	Forma de entrega	Fallecimiento*	Invalidez**
<b>Documentos generales:</b>			
Solicitud de reclamación de Sinistros de Vida ( Personas Físicas, Otros Beneficiarios Personas Físicas o Personas Morales, según sea el caso)	Original (el llenado y la firma)	✓	✓
Acta de nacimiento del Beneficiario.	Copia certificada	✓	X
Acta de nacimiento del Asegurado.	Copia certificada	✓	✓
Identificación oficial del Asegurado (credencial de elector, pasaporte o cédula profesional)	Copia simple	✓	✓
Identificación oficial del(los) beneficiario(s) (credencial de elector, pasaporte o cédula profesional)	Copia simple	✓	X
Acta de defunción.	Copia certificada	✓	X
Acta de matrimonio (si el beneficiario es cónyuge)	Copia certificada	✓	X
Resumen clínico del médico tratante, estudios de Laboratorio, Estudios Histopatológicos y Gabinete realizados (radiografías, resonancia magnética, tomografía, ultrasonido, etc.) y/o Dictamen Oficial de Invalidez (IMSS, ISSSTE, SSA)	Original o copia certificada	X	✓
Comprobante de domicilio (con vigencia de tres meses al momento del reclamar, puede ser recibo de servicio telefónico, luz, agua, predial, etc. sólo cuando el indicado en la solicitud no coincida con el de la identificación presentada)	Copia simple	✓	✓
En caso de que el siniestro sea a consecuencia de accidente. Actuaciones completas del Ministerio Público certificadas (acuerdo de inicio, inspección ocular del lugar de los hechos, fe y levantamiento del cadáver, necropsia, reporte de la policía ministerial, declaración de testigos de identidad cadavérica y de hechos, resultado de estudios practicados para determinar la presencia de alcohol y tóxicos, dictámenes de todos los peritajes llevados a cabo. En caso de muerte accidental en automóvil, el reporte de accidente)	Copia certificada	✓	X
En caso de que el siniestro sea a consecuencia de accidente. Actuaciones completas del Ministerio Público certificadas.	Copia certificada	X	✓
Poder ante notario otorgado a los representantes legales en su caso.	Copia simple	✓	✓
<b>Para pólizas Individuales</b>			
Carátula de Póliza, endosos.			
Último recibo de pago de primas cuando la póliza es descuento por nómina.	Original	✓	✓
Recibo de nómina del Asegurado a la fecha del siniestro cuando la póliza es descuento por nómina.	Copia simple	✓	✓
Si se reclaman los beneficios de: Apoyo Económico Adicional por Gastos Funerarios, Pago Inmediato o Anticipo por fallecimiento deberá solicitar por escrito el pago, anexando copia simple del Certificado de Defunción, credencial oficial de identificación del Asegurado y Beneficiarios por ambos lados, y carátula de la Póliza o endoso en donde conste su designación como beneficiario.	Copia simple	✓	X
<b>Para pólizas de Grupo</b>			
Consentimiento original firmado por el Asegurado.	Original y Firmado por el Asegurado	✓	✓
Alta ante el IMSS, ISSSTE o contrato individual de trabajo (si el Asegurado ingresó en el inter de la vigencia)	Copia simple	✓	✓
Carta del contratante solicitando el pago (cuando reclama la empresa)	Original o copia	✓	✓
Cuando la Suma Asegurada se determine por meses de sueldo, incluir el último recibo de nómina y, en su caso, el último aviso de modificación al salario.	Original	✓	✓
Si se reclaman los beneficios de: Apoyo Económico Adicional por Gastos Funerarios, Pago Inmediato o Anticipo por fallecimiento deberá solicitar por escrito el pago, anexando copia simple del Certificado de Defunción, credencial oficial de identificación del Asegurado y Beneficiarios por ambos lados, y Consentimiento firmado por el Asegurado donde conste su designación como Beneficiario.	Copia simple	✓	X
<b>Pólizas Deudoras:</b>			
Contrato del crédito otorgado y saldos actualizados a la fecha del siniestro, o carta del contratante certificando el saldo a pagar.	Original	✓	✓

\*Indemnización por Fallecimiento, Anticipo por Fallecimiento, Gastos Funerarios y/o Apoyo Económico Adicional por Gastos Funerarios.

\*\*Invalidez, Pérdida Orgánica, Enfermedad Terminal o Anticipo por Enfermedad Terminal.

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.

**Llámanos sin costo**  
**01 800 900 1292**  
**axa.mx**

SV-036 · ABRIL 2014

