



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

Los campos marcados con \* son opcional.

Datos de la Póliza										
Siniestro					Fecha de solicitud					
					Día	Mes		Año		
Número de Póliza(s)				Número de certificado(s)						
Nombre de (los) Contratante(s)										
Origen de la reclamación										
<input type="checkbox"/> Fallecimiento	<input type="checkbox"/> Anticipo por Enfermedad Terminal	<input type="checkbox"/> Pérdida Orgánica	Fecha de siniestro		Día	Mes		Año		
<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 completo de la persona (como aparece en su identificación oficial)					Nacionalidad(es)			Fecha de nacimiento		
								Día	Mes	
Domicilio	No.	Colonia			Código postal		Alcaldía o municipio			
Calle										
Ciudad		Estado			País		Teléfono			
RFC con homoclave		CURP				Actividad o giro del negocio				
Número de serie del certificado de la Firma Electrónica Avanzada*					Ocupación/profesión del Asegurado a la fecha del siniestro					
País y estado de nacimiento			No. de Identificación Fiscal (se refiere al equivalente del RFC en el país que corresponda)							
En caso de contar con domicilio y/o residencia fiscal en el extranjero indicar: País: _____										
Domicilio: _____										
Datos del (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 completo de la persona (como aparece en su identificación oficial)					Parentesco con el Asegurado					
Ocupación o profesión				Actividad o giro del negocio			Nacionalidad(es)			
País y estado de nacimiento				Número de serie del certificado de la Firma Electrónica Avanzada*						
Fecha de nacimiento			Domicilio					No.		
Día	Mes	Año	Calle							
Código postal		Colonia		Alcaldía o municipio		Ciudad		Estado	País	
RFC con homoclave			CURP				Correo electrónico			
Teléfono			No. de Identificación Fiscal (se refiere al equivalente del RFC en el país que corresponda)							
En caso de contar con domicilio y/o residencia fiscal en el extranjero indicar: País: _____										
Domicilio: _____										



**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.

**Artículo 492 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**

1. Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado, es una persona políticamente expuesta  Sí  No

En caso afirmativo, nombre completo Relacion y puesto desempeñado

2. ¿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

**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 (los) beneficiario(s).	✓		✓	
Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado.	✓		✓	
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.	✓		✓	

Documentos	Póliza Individual		Póliza de Grupo	
	Fallecimiento	Otros beneficios	Fallecimiento	Otros beneficios
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 (los) beneficiario(s).	✓		✓	
Cuenta clabe interbancaria a nombre del beneficiario.	✓	✓	✓	✓
Copia de comprobante de domicilio (no mayor a tres meses).	✓	✓	✓	✓
Cédula de Consentimiento firmada en original por el Asegurado, en formato de AXA, que contenga designación de Beneficiarios.			✓	
Carátula 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

**Persona políticamente expuesta:** es aquella que desempeña o ha desempeñado 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 o funcionario o miembro de partidos políticos y organizaciones internacionales.

**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.

**Para cualquier duda o aclaración** favor de comunicarse de la Ciudad de México al **55 5169 5999** o del interior de la república al **800 911 2639** AMERICAN EXPRESS INSURANCE SERVICES UNIDAD ESPECIALIZADA EN SEGUROS

Horario de atención: **Lunes a Viernes de 08:00 a 19:00 hrs.**

Dudas, quejas o sugerencias envía al correo electrónico: [siniestrosvida@axa.com.mx](mailto:siniestrosvida@axa.com.mx) o llámanos al **800 900 1292**.

Nombre y firma del beneficiario	Lugar y fecha
Nombre completo del testigo 1	Firma
Nombre completo del testigo 2	Firma

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.