



Datos del Beneficiario				
Este formato debe ser llenado en caso de que exista más de un Beneficiario, no es necesario presentar todos los documentos si ya se ingresaron con la solicitud de pago por Fallecimiento.				
Nombre del Asegurado afectado (apellido paterno, apellido materno)			Póliza(s)	
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno			Parentesco con el Asegurado	
No. de Siniestro	Actividad o giro del negocio	Ocupación o profesión	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		R.F.C.	C.U.R.P.	
Teléfono 01		Domicilio Calle		No.
Colonia		Código postal	Delegación o municipio	
Ciudad	Estado		Correo electrónico	
Lugar de nacimiento	No. de Identificación Fiscal (se refiere al equivalente del RFC en el país que corresponda)			
¿Doble nacionalidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?		¿Ciudadanía en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?		
¿Residencia Fiscal en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?				
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)		
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. <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.

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](http://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.

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 Protección 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.

Nombre y firma	Lugar y fecha

Tus datos serán tratados de conformidad con lo establecido en nuestro Aviso de Privacidad, ubicado en [axa.mx](http://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 \_\_\_\_\_.

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 firmo.

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? <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
--	--------------------------------------	-------

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.