



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

Datos de la Póliza				
Siniestro		Fecha de solicitud		
		Día	Mes	Año
Número de Póliza(s)		Número de certificado(s)		
Nombre del(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(s), apellido paterno, apellido materno		Nacionalidad(es)		Fecha de nacimiento
				Día
				Mes
				Año
País y estado de nacimiento		Número de Serie de la Firma Electrónica Avanzada		
Domicilio	No.	Colonia	Código postal	Alcaldía o municipio
Calle				
Ciudad	Estado	País	Teléfono	
RFC con homoclave	CURP		Actividad o giro del negocio	
En caso de contar con domicilio y/o residencia fiscal en el extranjero indicar: País: _____				
Domicilio: _____				
No. de Identificación Fiscal (se refiere al equivalente del RFC en el país que corresponda) _____				
Ocupación/profesión del Asegurado a la fecha del siniestro			Correo electrónico	
Datos del Beneficiario del pago (persona moral)				
Razón Social		Nacionalidad(es)		Domicilio
				Calle
No.	Colonia	Código postal	Alcaldía o municipio	
Ciudad	Estado	País	Correo electrónico	
RFC con homoclave	Fecha de constitución	Actividad o Giro Mercantil		
	Día	Mes	Año	
Teléfono	Nombre del(los) apoderado(s) legal(es)			
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: _____				
¿Doble nacionalidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____				
Domicilio	No.	Colonia	Código postal	Alcaldía o municipio
Calle				
Ciudad	Estado	País	Teléfono	
Folio mercantil	Número de Serie de la Firma Electrónica Avanzada			

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

Si dentro de la composición accionaria algún accionista, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado, es una persona políticamente expuesta Sí No

Nombre completo de la persona que desempeña o desempeño el cargo público	Relación y puesto desempeñado
--------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

Opción de pago

<input type="checkbox"/> Transferencia electrónica	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, 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 esta efectúe.

Nota: la Compañía procederá al(los) pago(s) que se encuentre(n) cubierto(s) conforme a las condiciones generales del seguro contratado, 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 seguro. Queda expresamente convenido que al recibir el pago por concepto de 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 Compañía, 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 seguro 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.

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 _____

AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para todos los fines vinculados con la relación jurídica/ contractual que tengamos celebrado o en su caso se vaya a celebrar con usted y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral, que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.

Autorizo el tratamiento de mis datos personales financieros y patrimoniales para efectos de lo antes previsto.

Para aquellos datos personales considerados sensibles, la firma de este documento servirá como manifestación expresa de esta autorización.

Reconozco que haré del conocimiento de los titulares, que proporcioné sus datos personales a AXA, así como el lugar en que pueden consultar el Aviso de Privacidad Integral.

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 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.

Los reglamentos fiscales requieren que reunamos cierta información sobre las clasificaciones tributarias de cada inversionista. En ciertas circunstancias, podemos estar obligados a compartir información, a nombre de usted, con las autoridades fiscales pertinentes, quienes podrán transmitir dicha información a las autoridades fiscales extranjeras.

Sección I – Detalles de la entidad u organización y residencia fiscal

Si su entidad u organización tiene diversos países para la residencia fiscal, favor de completar el formulario de autocertificación para cada país.

a. Nombre de la entidad u organización

b. Dirección de residencia permanente (no utilice apartado postal o una dirección en la que figure “a nombre de”)

País	Código postal
------	---------------

c. Dirección postal (si es diferente a la que se menciona arriba):

País	Código postal
------	---------------

d. País de constitución de la organización	e. País o países de Residencia Fiscal	f. Número de Identificación Fiscal de la Organización
--------------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------------------------

Sección II – Información de las personas que ejercen control para entidades no financieras pasivas (Consulte la sección de definiciones)

Completar la siguiente información para cada persona que ejerce control:

Persona 1

Nombre	Porcentaje de participación
--------	-----------------------------

Dirección	Fecha de nacimiento
-----------	---------------------

País y ciudad de nacimiento	País de Residencia Fiscal	Número de Identificación Fiscal
-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

Persona 2

Nombre	Porcentaje de participación
--------	-----------------------------

Dirección	Fecha de nacimiento
-----------	---------------------

País y ciudad de nacimiento	País de Residencia Fiscal	Número de Identificación Fiscal
-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

Persona 3

Nombre	Porcentaje de participación
--------	-----------------------------

Dirección	Fecha de nacimiento
-----------	---------------------

País y ciudad de nacimiento	País de Residencia Fiscal	Número de Identificación Fiscal
-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

Persona 4

Nombre	Porcentaje de participación
--------	-----------------------------

Dirección	Fecha de nacimiento
-----------	---------------------

País y ciudad de nacimiento	País de Residencia Fiscal	Número de Identificación Fiscal
-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

Persona 5

Nombre	Porcentaje de participación
--------	-----------------------------

Dirección	Fecha de nacimiento
-----------	---------------------

País y ciudad de nacimiento	País de Residencia Fiscal	Número de Identificación Fiscal
-----------------------------	---------------------------	---------------------------------

Sección III - Declaración y firma

Declaro que la información proporcionada en este formulario es a mi leal saber y entender, correcta y completa. Convengo en entregar un nuevo formulario dentro de un periodo de 30 días si cualquier información en este formulario es incorrecta. Certifico que tengo la capacidad para firmar por la entidad u organización identificada en la Sección I de este formulario.

Nombre	Firma
Firma	Capacidad

Sección IV – Definiciones

A. Personas que ejercen Control

Para una Entidad u Organización en su calidad de persona jurídica, se entiende por “Personas que ejercen Control” la(s) persona(s) física(s) que controla(n) la Entidad u Organización.

El “control” sobre una Entidad u Organización es ejercido de manera general por la persona física que finalmente tiene participación mayoritaria en la Entidad. Un “interés mayoritario” depende de la estructura de participación de la persona jurídica y puede reconocerse de manera usual con base en un umbral aplicable de acuerdo con un enfoque basado en los riesgos (e.g. cualquier persona que tenga una participación superior a un porcentaje determinado de la persona jurídica, por ejemplo 25%). Si ninguna persona física ejerce Control mediante un porcentaje de participación, la Persona que ejerce Control sobre la Entidad será la persona física que controle la Entidad a través de otros medios. Si no se tiene identificada a ninguna persona física que ejerza Control sobre la Entidad, la Persona que ejerce Control será la persona física que tenga la función de alto funcionario ejecutivo.

En caso de tratarse de un fideicomiso, se entiende por “Personas que ejercen Control” el fideicomitente, fiduciario, protector, beneficiario o clases de beneficiarios, y cualquier otra persona física que final y efectivamente controle el fideicomiso. El fideicomitente, fiduciario, protector (de haberlo) y el Beneficiario o las clases de Beneficiarios se considerarán en todo momento Personas que ejercen Control sobre el fideicomiso, independientemente de que cualquiera de ellos ejerza o no control sobre aquel. Del mismo modo, cualquier otra persona natural que final y efectivamente controle el fideicomiso (incluso a través de una cadena de control o titularidad) también será considerada una Persona que ejerce Control sobre el fideicomiso. Con el objeto de establecer la fuente de los fondos en la cuenta del fideicomiso, si el fideicomitente del fideicomiso es una Entidad, las Instituciones Financieras deberán identificar también a la Persona que ejerce Control sobre el fideicomitente y declararlo como Persona que ejerce Control sobre el fideicomiso. Con respecto a Beneficiarios de fideicomisos que sean designados por características o por clase, las Instituciones Financieras deberán obtener información suficiente del Beneficiario, a satisfacción de las mismas, que permita establecer la identidad del Beneficiario al momento de realizar el pago o cuando el Beneficiario intente ejercer sus derechos adquiridos.

En caso de un instrumento jurídico que no sea un fideicomiso, se entiende por “Personas que ejercen Control” las personas que se encuentren en situaciones equivalentes o similares a las de las Personas que ejercen Control sobre el fideicomiso. Por lo tanto, tomando en cuenta las formas y estructuras distintas de los instrumentos jurídicos, las Instituciones Financieras deberán establecer la identidad y declarar a aquellas personas que se encuentren en situaciones equivalentes o similares como las personas cuya identidad debe establecerse y que deben ser declaradas en los fideicomisos.

Con respecto a personas morales que funcionalmente sean similares a un fideicomiso (e.g. fundaciones), las Instituciones Financieras deberán establecer la identidad de las Personas que ejercen Control mediante procedimientos de debida diligencia de los clientes, similares a los que se implementan para fideicomisos, con la finalidad de alcanzar niveles adecuados de declaración.

B. Entidad No Financiera Pasiva (PNFE por sus siglas en inglés)

Se entiende por Entidad No Financiera Pasiva cualquier Entidad No Financiera que no sea una Entidad No Financiera Activa.

C. Entidad No Financiera Activa (ANFE por sus siglas en inglés)

Se entiende por Entidad No Financiera Activa cualquier Entidad No Financiera que satisfaga cualquiera de los siguientes criterios:

- Menos del 50% de los ingresos brutos de la Entidad No Financiera durante el año natural anterior o durante otro periodo de declaración pertinente deberán ser ingresos pasivos, y menos del 50% de los activos de la Entidad No Financiera durante el año natural anterior o durante otro periodo de declaración pertinente deberán ser activos que produzcan o se mantengan para producir ingresos pasivos;
- Las acciones de la Entidad No Financiera deberán negociarse de manera habitual en un mercado de valores establecido, o la Entidad No Financiera deberá ser una Entidad Relacionada de una Entidad cuyas acciones sean negociadas de manera habitual en un mercado de valores establecido;
- La Entidad No Financiera deberá ser una Entidad Gubernamental, una Organización Internacional, un Banco Central, o una Entidad propiedad de uno o varios de los anteriores;

- d) Todas las actividades de la Entidad No Financiera deberán consistir esencialmente en la posesión (total o parcial) de acciones en circulación de, o la provisión de financiamiento o servicios a, una o más subsidiarias que participen en transacciones o negocios que no sean los de una Institución Financiera, salvo en caso que la Entidad no reúna los requisitos de este estatus en caso de que la Entidad opere (o se ostente) como un fondo de inversión, tal como un fondo de capital privado, fondo de capitales de riesgo, fondo de compra apalancada, o cualquier instrumento de inversión cuyo objetivo sea adquirir o financiar compañías y posteriormente poseer intereses en dichas compañías como bienes de capital con fines de inversión;
- e) Cuando la Entidad no Financiera no haya operado aún un negocio y no tenga un historial previo de operación, pero esté invirtiendo capital en activos con la intención de operar un negocio que no sea una Institución Financiera, siempre que dicha Entidad no reúna los requisitos de esta excepción después de 24 meses contados a partir de la fecha de la organización inicial de la misma;
- f) Cuando la Entidad No Financiera no haya sido una Institución Financiera en los últimos cinco años, y esté en el proceso de liquidación de sus activos o esté reorganizándose con la intención de continuar o reanudar operaciones en un negocio que no sea el de una Institución Financiera;
- g) Cuando la Entidad No Financiera participe primordialmente en transacciones de financiamiento y cobertura con o para Entidades Relacionadas que no sean Instituciones Financieras y no preste servicios de financiamiento o cobertura a ninguna Entidad que no sea una Entidad Relacionada, siempre que el grupo de dichas Entidades Relacionadas participe primordialmente en un negocio que no sea una Institución Financiera o;
- h) Cuando la Entidad No Financiera satisfaga todos los requisitos siguientes:
1. Esté establecida y opere en su jurisdicción de residencia exclusivamente con fines religiosos, benéficos, científicos, artísticos, culturales, deportivos o educativos; o esté establecida y opere en su jurisdicción de residencia como organización profesional, asociación comercial, cámara de comercio, organización laboral, agrícola u hortícola; asociación civil u organismo cuya operación tenga que ver de manera exclusiva con la promoción del bienestar social;
 2. Esté exenta del impuesto sobre la renta en su jurisdicción de residencia;
 3. No esté constituida por accionistas o miembros que tengan participación patrimonial o indirecta en sus ingresos o activos;
 4. La ley vigente en la jurisdicción donde resida la NFE o en los documentos constitutivos de ésta impida que los ingresos o activos de la NFE puedan ser entregados o se apliquen en beneficio de un particular o Entidad no benéfica, si no es en la conducción de las actividades benéficas de la NFE, o como pago de compensaciones justificables por servicios prestados, o como pago que represente el valor justo de mercado de los bienes que adquiera la NFE y;
 5. La ley vigente en la jurisdicción donde resida la NFE o en los documentos constitutivos de esta establezca que, al momento en que la NFE se liquide o disuelva, todos sus activos se entregarán a una Entidad Gubernamental u otro organismo sin fines de lucro o se revertirán al gobierno de la jurisdicción donde resida la NFE o a cualquier subdivisión política del mismo.

D. Ingresos Pasivos

Dividendos, intereses, rentas vitalicias, utilidades derivadas del comercio de bienes y divisas, así como utilidades derivadas de la disposición de activos que generen ingresos pasivos, incluyendo partidas de ingresos similares a lo anterior.

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.

Fallecimiento	Otros beneficios
Solicitud de reclamación personas morales (formato de AXA).	Solicitud de reclamación personas morales (formato de AXA).
Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado.	Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado.
Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado.	Copia simple de identificación oficial del Asegurado.
Copia simple de identificación oficial del Asegurado.	Contrato del crédito otorgado y saldos actualizados a la fecha de Siniestro.
Contrato del crédito otorgado y saldos actualizados a la fecha de siniestro.	Acta constitutiva del Contratante (por única vez).
Acta constitutiva del Contratante (por única vez).	Copia simple de identificación oficial del Representante Legal.
Poder general del Representante Legal de la empresa (por única vez).	RFC del Contratante (por única vez).
Copia simple de identificación oficial del Representante Legal.	Copia de comprobante de domicilio (no mayor a tres meses).
RFC del Contratante (por única vez).	Copia simple de estado de cuenta, del Contratante (por única vez, siempre y cuando no exista cambio de número de cuenta a pagar).

Copia de comprobante de domicilio (no mayor a tres meses).	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.) que den soporte al Dictamen.
Copia simple de estado de cuenta, del Contratante (por única vez, siempre y cuando no exista cambio de número de cuenta a pagar).	Resumen clínico del médico tratante en original, amplio y detallado con antecedentes patológicos y no patológicos completos, con fechas de diagnóstico y tratamiento.
En caso de que la muerte sea a consecuencia de un accidente: copia certificada o cotejada de la carpeta de investigación completa.	
En caso de reclamar Póliza de Vida Individual deberán anexar carátula que contenga designación de beneficios.	
En caso de reclamar Póliza de Vida Grupo deberán anexar cédula de consentimiento firmada en original por el Asegurado, en formato de AXA, que contenga designación de beneficiarios.	

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.

Dudas, quejas o sugerencias envía al correo electrónico: 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.