



SOLICITUD DE RECLAMACIÓN POR FALLECIMIENTO Y/O GASTOS FUNERARIOS

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE LA RECLAMACIÓN

DOCUMENTACIÓN GENERAL

Estimado Asegurado o Beneficiario, por favor, reúna y entregue los documentos necesarios para el pago de su reclamación:

- 1. Acta de Defunción (copia certificada).
- 2. Acta de Nacimiento del Asegurado (copia certificada).
- 3. Acta de Nacimiento de los Beneficiarios (copia certificada).
- 4. Acta de Matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el Beneficiario (copia certificada).
- 5. Si algún Beneficiario ha fallecido, presentar acta de defunción correspondiente (copia certificada).
- 6. Identificación Oficial del Asegurado y el(los) Beneficiario(s) (original y copia de credencial de elector, pasaporte o cédula profesional).
- 7. Comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.) sólo cuando el indicado en esta Solicitud no coincida con el de la identificación presentada.
- 8. En caso de muerte accidental, presentar actuaciones de Ministerio Público completos (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).
- 9. En caso de solicitar el pago por transferencia electrónica ingresar un estado de cuenta bancario o consulta de la clabe interbancaria donde se indique claramente la Cuenta CLABE, la sucursal, la plaza y nombre del Titular de la cuenta por cada Beneficiario del pago.

Para el pago a una persona moral además de lo anterior, anexar:

- 10. Acta Constitutiva (copia certificada).
- 11. Cédula de identificación fiscal.
- 12. Comprobante de domicilio (con antigüedad menor a 3 meses).
- 13. Copia certificada de los poderes e identificación del(os) representante(s).
- 14. Para Empresas de Reciente Constitución presentar la Manifestación de futura inscripción al registro.

A) PARA PÓLIZAS DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL, ADEMÁS DE LOS PUNTOS DEL 1 AL 14, ANEXAR:

- 15a. Póliza original con endosos incluidos. En caso de no tenerla anexar carta explicando el motivo.
- 16a. Último recibo de pago de primas.
- 17a. Cuando el Beneficiario sea alguna institución bancaria por razón de algún crédito otorgado al Asegurado, será necesario el estado de cuenta a la fecha del fallecimiento, con sello y firma.
- 18a. Cuando el Beneficiario sea un Contrato de Fideicomiso, la solicitud la deberá presentar el Banco y adjuntar copia del Contrato.

B) PARA PÓLIZAS DE GRUPO, ADEMÁS DE LOS PUNTOS DEL 1 AL 14, ANEXAR:

- 15b. 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 ante el IMSS, ISSSTE u otro.
- 16b. Si el Asegurado ingresó a la Empresa después de la última renovación, entregar el aviso de alta ante el IMSS, ISSSTE o contrato individual de trabajo (copia legible), y copia de los recibos de sueldo de los últimos tres meses.
- 17b. Certificado del Consentimiento Individual, firmados por el Asegurado (original).
- 18b. Carta de certificación de la reclamación firmada por parte del Contratante.

C) PARA PÓLIZAS DE SEGURO DEUDORES GRUPO, ADEMÁS DE LOS PUNTOS DEL 1 AL 14, ANEXAR:

- 15c. Contrato del Crédito otorgado (copia certificada).
- 16c. Saldos actualizados a la fecha del fallecimiento.
- 17c. Carta del Contratante certificando el saldo a pagar.
- 18c. Certificado y Consentimiento Individual, firmados por el Asegurado (original).

D) PARA PÓLIZAS DE GRUPO, SI EL CONTRATANTE ES UNA ESCUELA, ADEMÁS DE LOS PUNTOS DEL 1 AL 14, ANEXAR:

- 15d. Carta del Colegio solicitando el pago.
- 16d. Consentimiento Individual firmado por el Asegurado (original).
- 17d. Comprobante de inscripción del(os) Alumno(s).
- 18d. Comprobante de pago de la última colegiatura.

Además, es importante considerar los siguientes puntos:

- A. Si algún Beneficiario fuera menor de edad, deberá firmar la solicitud de pago el padre, la madre, o en su defecto, la persona que ejerza la patria potestad previo documento legal que así lo acredite.
- B. En caso de que los Beneficiarios nombrados hayan fallecido antes que el Asegurado y éste no hubiera hecho nueva designación, la Suma Asegurada se pagará a los herederos legales del Asegurado, por lo que será necesario la exhibición en copia certificada del nombramiento de heredero o cargo de albacea.
- C. Cuando la póliza deba pagarse a los herederos legales del Asegurado, la reclamación deberá ser firmada por el albacea, quien deberá acreditar su nombramiento con copia certificada de las constancias respectivas del juicio sucesorio correspondiente.
- D. En caso de que algún Beneficiario se encuentre médicamente imposibilitado para el ejercicio de sus derechos, será necesario que la persona que lo tenga bajo su cuidado tramite un juicio de interdicción, lo presente a la Compañía incluyendo historia clínica y estudios practicados con carácter devolutivo, firme la solicitud de reclamación y anexe copia simple de su identificación (credencial de elector, pasaporte o cédula profesional por ambos lados).
- E. En los Seguros de Grupo, en caso de no existir consentimiento con designación de Beneficiarios firmada por el Asegurado, será necesario tramitar juicio de sucesión intestamentario hasta su primera etapa de nombramiento de herederos, albacea y la aceptación del cargo conferido y presentar a la Compañía Aseguradora copia certificada.
- F. En caso de que el Beneficiario o a quien ceda el derecho de la Póliza y que reclame el pago del seguro no sepa o 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 _____ (NOMBRE DEL BENEFICIARIO) _____ imprimió su huella digital en virtud de no saber o 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

La recepción de la documentación no prejuzga sobre la procedencia o improcedencia de la reclamación.

Nota: 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 del Seguro.

Fecha de Solicitud: Día Mes Año

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Solicitud de Reclamación
del(os)Beneficiario(s)**

Los datos a que se refiere este formato, deberán ser llenados por el o los Beneficiarios nombrados en la Póliza o sus representantes legales bajo su firma.

DATOS DE LA PÓLIZA		
No. Póliza	Nombre del Contratante	
Tipo de Seguro <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupo	La causa del fallecimiento <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad	No. de Certificado

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO									
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)			Estado Civil	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
Domicilio a la fecha del Fallecimiento Calle			No. Exterior	No. Interior	Colonia			Delegación o Municipio	
Población o Ciudad				Estado			Código Postal		
Nacionalidad	Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	Teléfonos				
R.F.C.			C.U.R.P.						
Nombre de la Empresa donde laboraba									
Calle							No. Exterior	No. Interior	
Colonia					Delegación o Municipio				
Población o Ciudad				Estado			Código Postal		
No. de Afiliación (IMSS o ISSSTE u otro)					Régimen de Seguridad Social (IMSS o ISSSTE u otro)				
Antigüedad en la empresa			Antigüedad en el puesto			Ocupación a la fecha de Fallecimiento			
En caso de tener más seguros de vida, indicar la(s) Compañía(s) _____									

DATOS DE LOS MÉDICOS QUE ASISTIERON AL ASEGURADO		
Nombre	Teléfono	Domicilio
Nombre	Teléfono	Domicilio
Nombre	Teléfono	Domicilio

DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO				
Lugar del Fallecimiento			Fecha del Fallecimiento	
			Día	Mes
			Año	
¿Vio el cadáver? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Cremado <input type="checkbox"/> Inhumado <input type="checkbox"/>		Causa del Fallecimiento
Indique el nombre del panteón			Agencia que proporcionó los servicios funerarios	
En caso de muerte violenta, indique qué autoridad tomó conocimiento del hecho			¿El fallecimiento fue en el domicilio particular, hospital, calle u otros?	

Nota: Como Beneficiario autorizo a médicos, hospitales, clínicas, sanatorios, a las autoridades judiciales o administrativas, laboratorios y/o establecimientos de salud donde fue internado el Asegurado, a que proporcionen al personal designado por AXA Seguros, S.A. de C.V. todos los informes que se refieran a la salud de éste, inclusive los datos de padecimientos anteriores, para lo cual relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional derivado de la información otorgada y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

AT-199 • JUNIO 2010

DATOS DEL(OS) BENEFICIARIO(S)											
DATOS DEL PRIMER BENEFICIARIO											
Apellido Paterno				Apellido Materno				Nombre(s)			
Ocupación						Parentesco					
Nacionalidad			R.F.C.			C.U.R.P.					
Fecha de Nacimiento		Día	Mes	Año	Teléfono			Correo Electrónico			
Domicilio Calle								No. Exterior		No. Interior	
Colonia						Delegación o Municipio					
Población o Ciudad					Estado			Código Postal			
Elija la opción de pago Transferencia electrónica <input type="checkbox"/>											
Banco				Plaza				Sucursal			
Cuenta						No. Clabe					
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.											
Orden de Pago <input type="checkbox"/>											
<p>Nota: La institución de seguros procederá al pago reclamado si éste es procedente y se encuentra cubierto en el contrato de seguro, por lo cual la Compañía 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 el Asegurado y/o Beneficiario del seguro al recibir el pago como indemnización por el medio seleccionado, 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 ejercitar 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 bancaria estandarizada, correspondiente al Beneficiario del pago 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 clave bancaria estandarizada.</p>											
Artículo 140 (LGISMS) Exclusivo para personas físicas / o Representante Legal quien presenta esta reclamación.											
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, describa el puesto				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Parentesco o Vínculo					
2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociaciones? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>											
Especifique:											
3. ¿Actúa en nombre y cuenta propia?			En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa								
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>											
Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación											
4. ¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación?				Nombre y porcentaje de participación				Firma			
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>											
DATOS DEL SEGUNDO BENEFICIARIO											
Apellido Paterno				Apellido Materno				Nombre(s)			
Ocupación						Parentesco					
Nacionalidad			R.F.C.			C.U.R.P.					
Fecha de Nacimiento		Día	Mes	Año	Teléfono			Correo Electrónico			
Domicilio Calle								No. Exterior		No. Interior	
Colonia						Delegación o Municipio					
Población o Ciudad					Estado			Código Postal			
Elija la opción de pago Transferencia electrónica <input type="checkbox"/>											
Banco				Plaza				Sucursal			
Cuenta						No. Clabe					
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.											
Orden de Pago <input type="checkbox"/>											

CONTINUACIÓN. DATOS DEL(OS) BENEFICIARIO(S)

Nota: La institución de seguros procederá al pago reclamado si éste es procedente y se encuentra cubierto en el contrato de seguro, por lo cual la Compañía 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 el Asegurado y/o Beneficiario del seguro al recibir el pago como indemnización por el medio seleccionado, 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 ejercitar 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 bancaria estandarizada, correspondiente al Beneficiario del pago 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 clave bancaria estandarizada.

Artículo 140 (LGISMS) Exclusivo para personas físicas / o Representante Legal quien presenta esta reclamación.

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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, describa el puesto		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		Parentesco o Vínculo	
2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Especifique:			
3. ¿Actúa en nombre y cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa	
Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación			
4. ¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre y porcentaje de participación	Firma

Formulario Médico sobre las causas del Fallecimiento del Asegurado

Los datos a que se refiere este formato, deberán ser llenados por el médico tratante o certificante.

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Edad al Fallecimiento		Fecha del Fallecimiento		Día Mes Año		Hora del Fallecimiento	
Lugar del Fallecimiento							
<input type="checkbox"/> Hogar ubicado en _____							
<input type="checkbox"/> Hospital o Sanatorio _____ Domicilio _____							
<input type="checkbox"/> Vía Pública, especificar lugar _____							
<input type="checkbox"/> Otro lugar, especificar _____							
Tiempo de conocer al Asegurado				Tiempo de atender al Asegurado			
¿Cuándo fue consultado usted por primera vez acerca de la causa directa e indirecta del fallecimiento?							
En caso de no haberlo tratado, ¿cuál es la razón por la que extiende el certificado de defunción?							
Domicilio a la fecha de Fallecimiento							
Hubo en la muerte del Asegurado efector directos o indirectos causados por el uso de bebidas alcohólicas, drogas u otros tipos de estimulantes o enervantes, etc.				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso afirmativo, favor de especificar:	

¿En qué enfermedades, afecciones, tratamientos médicos y/o quirúrgicos, etc., lo asistió usted o fue consultado antes del padecimiento? (Detalle en el siguiente cuadro)

	1	2	3
Nombre de la Enfermedad			
Fecha de inicio de signos y síntomas	Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año
Signos y síntomas principales			
Fecha de diagnóstico	Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año
Estudios auxiliares de diagnóstico y de control efectuados			
Tratamientos efectuados			
Estado general de la enfermedad			
Fecha de última consulta	Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año

CONTINUACIÓN. DATOS DEL ASEGURADO

Mencione alguna otra enfermedad(es), afección, lesión o algún otro tratamiento(s) médico(s) y/o quirúrgico(s) que hayan sido diagnosticados o efectuados al Asegurado. (Detallar el siguiente cuadro)

	1	2	3
Nombre de la Enfermedad			
Fecha de inicio de signos y síntomas	Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año
Signos y síntomas principales			
Fecha de diagnóstico	Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año
Estudios auxiliares de diagnóstico y de control efectuados			
Tratamientos efectuados			

Nombre de otros médicos que atendieron al Asegurado

Nombre	Teléfono	Domicilio
Nombre	Teléfono	Domicilio
Nombre	Teléfono	Domicilio

CAUSAS DEL FALLECIMIENTO

Parte I	Causas de la Defunción (una sola en cada renglón)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y el fallecimiento
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	A)	
Causas, antecedentes	B)	
Estados morbosos, si existiera alguno que produjo la causa consignada arriba	C)	
Mencionándose en último lugar la causa básica	D)	
Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		

Nota: Las causas de la defunción deberán anotarse de acuerdo con el modelo de lo certificado internacionalmente que comprende las partes: I "Causa de defunción A), B) y C)" y la II "Otros estados patológicos no relacionados con la enfermedad principal o básica".

Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento está apegada a la verdad, de acuerdo a los elementos que conozco sobre el caso en cuestión.

Nota: Como Médico Tratante me comprometo a notificar a la compañía AXA Seguros S.A. de C.V., todos los informes que se refieran a la salud del paciente en caso de requerirlos.

DATOS DEL MÉDICO

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Especialidad				No. de Cédula Profesional	
No. de Cédula de Especialidad				Tel. o Cel.	
Domicilio Calle	No. Exterior	No. Interior	Colonia	C.P.	Delegación o Municipio
Delegación o Municipio			Ciudad		
Firma del Médico				Lugar y Fecha	