

Datos generales del asegurado					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno			CURP o RFC		
Número de Póliza		Nombre del producto/seguro		Fecha del siniestro	
Domicilio Calle		No.	Colonia		Código postal
Delegación o municipio		Ciudad o población		Estado	
Ocupación o profesión		Giro del negocio		Fecha de nacimiento	Día Mes Año
Correo electrónico		Nacionalidad <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera		Teléfonos	

Descripción del siniestro					

Datos del beneficiario del pago					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno			RFC CON HOMOCALVE		
Domicilio Calle		No.	Colonia		Código postal
Delegación o municipio		Ciudad o población		Estado	
Ocupación o profesión		Actividad o giro del negocio		Fecha de nacimiento	Día Mes Año
Correo electrónico		Nacionalidad <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera		Teléfonos	

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)	

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.

Nota: 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 proporcionado 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.

Firma _____

Artículo 140 de La 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.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo describa el puesto _____		
Parentesco o vínculo _____		
2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociaciones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
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 _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre y porcentaje de participación _____		
Firma _____		

