



**SOLICITUD DE RECLAMACIÓN POR INVALIDEZ, ENFERMEDAD Y/O PÉRDIDAS ORGÁNICAS**

**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 Nacimiento del Asegurado (copia certificada).
- 2. Identificación Oficial del Asegurado (original y copia de credencial de elector, pasaporte o cédula profesional).
- 3. Dictamen Oficial de Invalidez (IMSS, ISSSTE, SSA) o Resumen Clínico emitido por la institución que determinó la invalidez, en caso de no contar con la atención médica de seguridad social.
- 4. Estudios de Laboratorio, Estudios Histopatológicos y Gabinete realizados (radiografías, resonancia magnética, tomografía, ultrasonido, etc.)
- 5. Actuaciones del Ministerio Público Certificadas en caso de que la invalidez o pérdida orgánica haya sido a consecuencia de un accidente.
- 6. 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.
- 7. En caso de requerir la Solicitud de pago por transferencia electrónica, ingresar un estado de cuenta bancario o consulta de clabe interbancaria donde se indique claramente la Cuenta CLABE, sucursal, 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:**

- 8. Acta Constitutiva (copia certificada).
- 9. Cédula de Identificación Fiscal.
- 10. Comprobante de domicilio (con antigüedad menor a 3 meses).
- 11. Copia certificada de los poderes e identificación del(os) representante(s).
- 12. 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 12, ANEXAR:**

- 13a. Póliza con endosos incluidos.
- 14a. Último recibo de pago de su Póliza (original).

**B) PARA PÓLIZAS DE GRUPO, ADEMÁS DE LOS PUNTOS DEL 1 AL 12, ANEXAR:**

- 13b. Certificado y/o Consentimiento Individual original y firmado por el Asegurado.
- 14b. Si la Póliza se administra bajo el sistema denominado Autoadministrado y la regla para determinar la Suma Asegurada fuera por meses de sueldo, es necesario anexar el último recibo de nómina y aviso de modificación al salario ante el IMSS, el ISSSTE u otro.
- 15b. Si el Asegurado ingresa a la empresa después de la última renovación, será necesario presentar el aviso de alta ante el IMSS o ISSSTE o contrato individual de trabajo.
- 16b. Carta de la Empresa notificando la reclamación.

**C) PARA PÓLIZAS DE SEGURO DEUDORES GRUPO, ADEMÁS DE LOS PUNTOS DEL 1 AL 12, ANEXAR:**

- 13c. Contrato del Crédito Otorgado (copia certificada).
- 14c. Estado de cuenta que refleje el Saldo Insoluto a la fecha del dictamen del estado de Invalidez Total y Permanente.
- 15c. Carta del Contratante certificando el saldo a pagar.

**Además es importante considerar los siguientes puntos:**

- A. En caso de que el Asegurado 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 o pasaporte o cédula profesional por ambos lados).
- B. 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

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo del Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
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.

# Solicitud de Reclamación por Invalidez, Enfermedad y/o Pérdidas Orgánicas

Los datos a que se refiere este formato, deberán ser llenados por el Asegurado o por la persona que esté a su cuidado.

DATOS DE LA PÓLIZA			
No. Póliza	Nombre del Contratante		Tipo de Seguro Individual <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>
¿Qué Cobertura reclama? Invalidez <input type="checkbox"/> Pérdidas orgánicas <input type="checkbox"/> Anticipo por Enfermedades Terminales <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Otras:			
Origen de la Reclamación	Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/>	No. de Certificado	

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Estado Civil
		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<b>Domicilio</b> Calle	No. Exterior	No. Interior	Colonia
			Delegación o Municipio
Población o Ciudad		Estado	Código Postal
Nacionalidad	R.F.C.	C.U.R.P.	
Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año
Teléfono		Correo Electrónico	
<b>Nombre de la Empresa donde laboraba</b>		Antigüedad en la empresa	Antigüedad en el puesto
<b>Domicilio de la Empresa</b> 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)		
Ocupación a la fecha de contratación de la póliza			
Ocupación a la fecha de invalidez, enfermedad y/o pérdida orgánica			

Cobra actualmente una pensión por invalidez: Sí  No  A partir de qué fecha: Día  Mes  Año

**En caso de tener más seguros de vida, indicar con qué compañía(s)** \_\_\_\_\_

Mencione qué enfermedades, afecciones, lesiones, tratamientos médicos y/o quirúrgicos le han sido diagnosticados

	Día	Mes	Año
1. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**En caso de haber requerido hospitalización para el manejo de su padecimiento, indicar nombre del hospital, sanatorio, unidad médica, etc.**

1. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio del primer síntoma de su enfermedad, afección o lesión Día  Mes  Año

Indique el nombre, dirección y teléfono de los médicos que lo atendieron o han atendido (al menos dos):

Dr. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_  
 Dr. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_  
 Dr. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

**Nota:** Autorizo a médicos que me han atendido o que me atenderán en lo sucesivo, a los hospitales, e instituciones donde fui internado a que proporcionen al personal designado por **AXA Seguros, S.A. de C.V.** todos los informes que se refieran a mi salud, incluyendo 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. **Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento está apegada a la verdad.**

<b>Elija la opción de pago</b> 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/depositos, que a favor de dichas cuentas ésta efectúe.

**Orden de Pago**

**CONTINUACIÓN. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO**

**Nota:** La institución de seguros procederá al pago reclamado si éste 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 a 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 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 bancaria o la consulta de clabe interbancaria, correspondiente al beneficiario del pago anexo a éste en la consulta de la clabe interbancaria.

**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 miembros de partidos políticos. Sí  No

En caso afirmativo describa el puesto \_\_\_\_\_ Parentesco o Vínculo \_\_\_\_\_

2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociaciones? Sí  No

Especifique \_\_\_\_\_

3. ¿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 \_\_\_\_\_

4. ¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? Sí  No  Nombre y porcentaje de participación:

\_\_\_\_\_

**Lugar y Fecha****Firma del Asegurado****Formulario Médico sobre las causas de Invalidez, Enfermedad y/o Pérdidas Orgánicas**

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

**DATOS GENERALES DEL ASEGURADO**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
------------------	------------------	------------	------	--

Mencione qué enfermedades, afecciones, tratamientos médicos y/o quirúrgicos, etc. le fueron diagnosticados o efectuados al asegurado, incluyendo los que no estén relacionados con la invalidez, pérdida orgánica y/o enfermedad. \_\_\_\_\_

Causa que directamente produjo la invalidez, enfermedad y/o pérdidas orgánicas del Asegurado \_\_\_\_\_

Fecha de primera consulta Día    Mes   Año    Fecha de Inicio de Signos y Sintomas Día    Mes   Año

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha de Diagnóstico Día    Mes   Año

Describe cuadro clínico inicial \_\_\_\_\_

Describe el padecimiento actual y la evolución \_\_\_\_\_

Fecha y resultado de los estudios auxiliares de diagnóstico y control efectuados \_\_\_\_\_

Descripción del tratamiento \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio Día    Mes   Año

**CONTINUACIÓN. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO**

Indique los Estudios y Tratamientos Pendientes de efectuar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describe el pronóstico para la vida y función \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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			Teléfono		Teléfono Celular
<b>Domicilio</b> Calle				No. Exterior	No. Interior
Colonia				Delegación o Municipio	
Población o Ciudad		Estado			Código Postal
<b>Lugar y Fecha</b>			<b>Firma del Médico</b>		

AI-200 • JULIO 2010