

Datos del beneficiario del pago		
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social		
R.F.C.	Correo electrónico	
Opción de pago		
<input type="checkbox"/> Transferencia electrónica <input type="checkbox"/> Orden de pago		
¿La cuenta es diferente a la que proporcionó en la solicitud inicial de reembolso?		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
En caso de que la respuesta sea afirmativa, llene los siguientes datos.		
Banco	Plaza	Sucursal
Número de cuenta	Clabe interbancaria (Utilizada para cuentas en México/18 dígitos numéricos)	
<p>Notas importantes: El asegurado declara bajo protesta de decir verdad que la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, por 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. La recepción de esta solicitud de reembolso no obliga a la aseguradora al pago de la indemnización solicitada, por lo cual no queda obligada a determinar como procedente la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza de seguro. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y lo declarado en esta solicitud formará parte del expediente médico del asegurado. En caso de transferencia electrónica se tomarán los datos presentados en la reclamación inicial. Una vez determinada la procedencia de la reclamación queda expresamente convenido que al recibir el pago como indemnización por el medio indicado, el beneficiario del seguro otorgara a favor de el más amplio finiquito que en derecho procedan o reservando acción o derecho que ejercitar en contra de la compañía, sea de naturaleza, civil, penal, mercantil o de cualquier otra índole, con motivo del siniestro que fue materia de reclamación presentada bajo el amparo de la póliza de seguro contratada.</p> <p>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 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.</p> <p>El llenado de este formato no obliga a la institución a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes.</p>		
<input type="checkbox"/> Desea recibir por mensaje SMS su respuesta (sólo aplica con Telefónica Movistar o Telcel). Tel. celular		
Nombre del contacto		
<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Afectado <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Correo electrónico		
Observaciones		
Firma del beneficiario del pago		Lugar y fecha de la reclamación