



AMEX Guard

(Seguro de Objetos Personales, Dinero y Equipo Electrónico de Uso Personal)

¿Qué documentos debo entregar en caso de siniestro?

Estimado Cliente:

Es importante llenar y firmar los formatos anexos de AXA Seguros, así como adjuntar la documentación aquí mencionada para la atención correcta a su reclamación

Para el llenado de los formatos necesarios de reclamación le recomendamos revisar la guía anexa

Cobertura Afectada (s).

Documentos a entregar	Robo de objetos personales y dinero con violencia	Robo de objetos personales sin violencia / Robo de dinero sin violencia / Incapacidad física del Asegurado	Compras forzadas / Retiro forzado de efectivo en cajero automático
Copia de Formato de solicitud de Siniestros Daños personas físicas llenado y firmado por el titular de la póliza. En la hoja 2 del formato es necesario desglosar los gastos especificando los montos reclamados, así como el tipo de moneda de la reclamación.	●	●	●
Copia de la Identificación Oficial del Asegurado (Cédula Profesional, Pasaporte o Credencial de Elector)			
Si el seguro contratado es "Ascendente", y el afectado son los padres del titular de la póliza, se deberá de anexar copia del acta de nacimiento del asegurado titular *Si el seguro contratado es "Descendente" y el afectado es hijo (s) del asegurado titular, deberá presentar copia del Acta de nacimiento del hijo(a) que compruebe parentesco con el titular. Si el afectado es el cónyuge del asegurado, se deberá de entregar copia del acta de matrimonio o copia del acta o documento que demuestre parentesco.	●	●	●
Copia de comprobante de domicilio (luz, agua, teléfono, predio y/o estado de cuenta Bancario), siempre y cuando tengan la dirección donde reside el asegurado, a su nombre, y con antigüedad menor a tres meses.	●	●	●
Copia Último estado de cuenta en donde aparezca el cargo de la prima de este seguro.	●	●	●
Carta reclamación detallando las pérdidas y daños causados por el siniestro indicando, del modo más detallado y exacto que sea posible, cuáles fueron los bienes robados o dañados, así como el monto de la pérdida o daño correspondiente.	●	●	●
Confirmación de si cuenta o no con oros seguros amparando los mismos bienes, en caso de contar con otro u otros seguros deberá anexar una relación detallada de éstos.	●	●	●
Copia Comprobante de propiedad y preexistencia de los bienes, como son: facturas, notas de compra-venta o remisión.	●	●	●
Copia de la constancia y/o denuncia ante las autoridades competentes con las circunstancias en las cuales se produjo el siniestro.	●	●	●
Constancia y/o denuncia ante las instituciones bancarias y/o tiendas departamentales con las circunstancias en las cuales se produjo el siniestro, así como carta de la institución bancaria y/o tienda departamental donde no ampare los retiros o cargos.			●

Toda la documentación adicional, deberá de ser entregada vía correo electrónico siniestrosaxa@marsh.com
con las especificaciones siguientes:

Dentro del asunto (subject) del correo:

No. De SINIESTRO Y/O Número DE PÓLIZA – NOMBRE DEL TITULAR – NOMBRE DEL PRODUCTO

- Favor de enviar en formato PDF

- De preferencia enviarlos en un solo correo, a menos que, su peso sea mayor a 5 MB (Aproximadamente 15 hojas)
- Antes de enviarlo por el correo electrónico, por favor revisar la legibilidad de todos los documentos

Si tiene cualquier duda respecto a los documentos aquí mencionados, comuníquese con nosotros

**SINIESTROS AMERICAN EXPRESS
UNIDAD ESPECIALIZADA EN SEGUROS**

Cd. de México: 51695999

Del interior: 01800 911 26 AMEX (2639)



reinventando / los seguros

Daños

**Formato de reclamación de Siniestros
Personas Físicas**

Datos generales del asegurado		CURP o RFC									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno JOSE RODRÍGUEZ MÉNDEZ		R O M J 4 7 0 5 0 2 F T 9									
Número de Póliza XXXXXXX	Nombre del producto/seguro TRAVEL PROTECTION ó TRAVEL PLUS ó AMEX GUARD	Fecha del siniestro 0 1 0 1 2 0 1 1									
Domicilio Calle XOLA	No. 535	Colonia DEL VALLE	Código postal 0 3 1 0 0								
Delegación o municipio BENITO JUAREZ	Ciudad o población MÉXICO D.F.	Estado D.F.									
Ocupación o profesión CONSULTOR	Giro del negocio CONSULTORÍA	Fecha de nacimiento Día Mes Año 0 2 0 5 1 9 4 7									
Correo electrónico joserodriguez@hotmail.com	Nacionalidad <input checked="" type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera	Teléfonos 5 5 5 8 7 7 6 6 4 4									

Descripción del siniestro		IMPORTANTE: Realizar la descripción del siniestro	
DURANTE MI VIAJE POR EUROPA ARIBANDO AL AEROPUERTO DE MADRID MI MALETA SE RETRASO POR LO QUE COMPRAR ARTÍCULOS PARA MI USO PERSONAL.			
DEBIDO A UN ACCIDENTE OCURRIDO A MI ACOMPAÑANTE TUVE LA NECESIDAD DE INTERRUMPIR EL REGRESANDO A MI CIUDAD DE DESTINO, OCURRIÓ EL ROBO DE OBJETOS DENTRO DE MI MALET			

Datos del beneficiario del pago		RFC con homoclave									
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno JOSE RODRÍGUEZ MÉNDEZ		R O M J 4 7 0 5 0 2 F T 9									
Domicilio Calle XOLA	No. 535	Colonia DEL VALLE	Código postal 0 3 1 0 0								
Delegación o municipio BENITO JUAREZ	Ciudad o población MÉXICO D.F.	Estado D.F.									
Ocupación o profesión CONSULTOR	Actividad o giro del negocio CONSULTORÍA	Fecha de nacimiento Día Mes Año 0 2 0 5 1 9 4 7									
Correo electrónico joserodriguez@hotmail.com	Nacionalidad <input checked="" type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera	Teléfonos 5 5 5 8 7 7 6 6 4 4									

Opción de pago		Banco		Plaza	Sucursal	
<input checked="" type="checkbox"/> Transferencia electrónica <input type="checkbox"/> Orden de pago		SANTANDER		SAN JERÓNIMO	SAN JERÓNIMO	
Número de cuenta 13020213443		Clabe interbancaria (Utilizada para cuentas en México/18 dígitos numéricos) 123456789012345678				
ABA (Clave utilizada para cuentas de USA/numérica) 1		SWIFT (Clave utilizada para cuentas del resto del mundo/alfanumérica) 1				

El asegurado declara, bajo protesta de decir verdad, que la información bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de otra persona, le expondrá a la Compañía toda responsabilidad a esta Compañía por los pagos/depósitos, que a favor de dichas cuentas ésta efectúe.	IMPORTANTE: ABA Y SWIFT
Nota: La institución de seguro	que cuente(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 y pleno consentimiento para que se utilice la información que se proporcione para la realización de las reclamaciones y el cobro de las indemnizaciones, sin perjuicio de lo establecido en la legislación aplicable. 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, incluyendo los datos del correo electrónico, teléfono, sucursal y plaza en caso de que no sea visible en la consulta de clabe interbancaria.
	IMPORTANTE: Firma del titular de la cuenta bancaria

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

Pasos a seguir

- 1.- Este formato debe venir llenado y firmado en su totalidad por el asegurado.
2.- A continuación, se enlistan los documentos a entregar junto con este formato de reclamación (consultar listado de documentos permitidos por la LGISMS):

 - Identificación Oficial.
 - Comprobante de domicilio no mayor a tres meses de antigüedad.
 - Para pago por transferencia electrónica, estado de cuenta bancario que indique los datos de la cuenta.

Desglose de pérdidas (adjuntar en original los comprobantes base de la reclamación: facturas, tickets, etc)



reinventando / los seguros

Daños
Formato de reclamación de Siniestros
Personas Físicas

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 homoclave		
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 <input type="checkbox"/> Orden de pago	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/depósitos, que a favor de dichas cuentas ésta efectúe.

Nota: La institución de seguros procederá al(las) 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.

En caso afirmativo describa el puesto _____

Sí No

Parentesco o vínculo _____

Sí No

2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociaciones?

Sí No

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 _____

Firma



reinventando / los seguros

Formato de reclamación de Siniestros Personas Físicas

Pasos a seguir

- 1.- Este formato debe venir llenado y firmado en su totalidad por el asegurado.

2.- A continuación, se enlistan los documentos a entregar junto con este formato de reclamación (consultar listado de documentos permitidos por la LGISMS):

 - Identificación Oficial.
 - Comprobante de domicilio no mayor a tres meses de antigüedad.
 - Para pago por transferencia electrónica, estado de cuenta bancario que indique los datos de la cuenta.

Desglose de pérdidas (adjuntar en original los comprobantes base de la reclamación: facturas, tickets, etc)