



**Instrucciones**

1. Es necesario llenar el presente formato en su totalidad, sin dejar espacios en blanco. Utilice letra de molde, legible y tinta negra.
2. Este documento es inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.
3. Debe ser firmado por el Asegurado afectado y/o titular de la Póliza, o por su representante legal en caso de ser menor de edad. A partir de la sección "Información médica" debe llenar el médico tratante.
4. La recepción de este formato no obliga a AXA Seguros a admitir la procedencia de la reclamación, esta será evaluada conforme al contrato de seguro.
5. Para programación de medicamentos debe entregarse cada 6 meses.

Información general de la Póliza					
No. de Póliza	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectivo	No. de certificado	Tipo de reclamación		
			<input type="checkbox"/> Inicial (cuando es la primera vez que se presentan gastos por este evento)		
			<input type="checkbox"/> Complementario (cuando ya se han presentado gastos por este evento)		
			No. de siniestro _____		
Tipo de programación					
<input type="checkbox"/> Cirugía		<input type="checkbox"/> Biopsia		<input type="checkbox"/> Radioterapia	
<input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio		<input type="checkbox"/> Estudios de alta especialidad		<input type="checkbox"/> Estudios de gabinete	
<input type="checkbox"/> Maternidad				<input type="checkbox"/> Medicamentos	
<input type="checkbox"/> Otro Describir _____					
Información general del Asegurado y/o Contratante					
Datos del Asegurado afectado					
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	
Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año
Correo electrónico del Asegurado afectado o titular		Teléfono (con clave de ciudad)		Tel. celular (con clave de ciudad)	
		01 _____		044 _____	
<b>Nota: es importante que nos proporcione los datos del Asegurado afectado para poder informarle del estatus y seguimiento a su siniestro.</b>					
En caso de que los datos del contacto sean diferentes al Asegurado afectado					
Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s), en el orden que se muestra en la Carátula de Póliza o credencial del Asegurado)					
Correo electrónico del Asegurado afectado o titular		Teléfono (con clave de ciudad)		Tel. celular (con clave de ciudad)	
		01 _____		044 _____	
Especifique cuál es la relación con el Asegurado afectado					
<input type="checkbox"/> Asegurado titular <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Tercero (familiar, otro)					
Datos del Contratante					
Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s)) / Razón social					
Tipo de padecimiento					
<input type="checkbox"/> Congénito		<input type="checkbox"/> Adquirido		<input type="checkbox"/> Crónico	
<input type="checkbox"/> Agudo					
Información médica (llenar por el médico tratante)					
Descripción del diagnóstico					
Diagnóstico(s), indicando la zona afectada y si es unilateral o bilateral					



Causa o etiología del padecimiento. En caso de accidente, describa cuándo y cómo ocurrió y el mecanismo de lesión				
Fecha de los primeros síntomas		Fecha de diagnóstico		Fecha de inicio del tratamiento
Estudios de laboratorio y gabinete que realizaron para confirmar el diagnóstico				
Tiene relación con otro padecimiento    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____				
Tratamiento médico y/o quirúrgico a realizar				
Estudios realizados que respaldan el procedimiento				
Fecha de programación del evento		Horario de ingreso del paciente <input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino		
<b>Maternidad</b>				
Antecedentes ginecobstétricos (número de partos, cesáreas, etc.):				
Sitio en el cual se realizará el procedimiento: <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Gabinete <input type="checkbox"/> Otro    Especifique: _____				
En caso de haber seleccionado hospital Indique el nombre del hospital				
Noches de estancia hospitalaria contempladas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> de 1 a 2 <input type="checkbox"/> de 2 a 3 <input type="checkbox"/> Más de 3				
<b>Programación de medicamentos</b>				
Nombre del medicamento	Cantidad	Dosis	Duración	Especifique la enfermedad o diagnóstico que corresponde
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				



## Gastos Médicos Mayores Solicitud de Programación de Servicios Médicos

Programación de tratamiento			
Especificar tratamiento _____		Días _____	No. de sesiones _____
Programación de sesiones de quimioterapia o radioterapia			
Medicamento _____	No. de sesiones _____	Dosis _____	Intervalo _____
Programación de sesiones de rehabilitación física			
Días _____		No. de sesiones _____	
Se requiere servicio de enfermería			
Días requeridos _____		<input type="checkbox"/> Matutino	<input type="checkbox"/> Vespertino
		<input type="checkbox"/> Nocturno	<input type="checkbox"/> 24 horas
Información del Médico y/o proveedor			
Datos del Médico tratante			
Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s))		Médico en convenio Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Cédula profesional	Especialidad	Cédula de especialidad	
RFC	Teléfono (con clave de ciudad) 01 _____	Tel. celular (con clave de ciudad) 044 _____	
Correo electrónico			
<p><b>Nota:</b> como Médico tratante y de conformidad con la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares, he obtenido del paciente su autorización para transferir sus datos médicos, todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores a AXA Seguros, S.A. de C.V. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en este formato fue tomada directamente tanto del paciente Asegurado o de los familiares responsables, en el caso de los menores o discapacitados, como del expediente clínico que obra en mi poder y cualquier declaración inexacta o falsa en este cuestionario exentará de toda responsabilidad a la Aseguradora.</p>			
Datos personales			
Tus datos serán tratados de conformidad con lo establecido en nuestro Aviso de Privacidad, ubicado en <a href="http://axa.mx">axa.mx</a> , y para todos los fines del Contrato de Seguro.			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, otorgo mi consentimiento para que AXA transfiera con mi agente de seguros todos los datos relacionados con la siniestralidad de mi Póliza. En ese sentido el intermediario/ejecutivo/agente tendrá carácter de responsable en términos de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares de los datos personales y datos personales sensibles que AXA le transfiera.			
Transferencia de datos a terceros			
Para ser llenado por el Asegurado afectado, o en su defecto los padres o tutores en caso de ser menor de edad			
¿Autoriza que AXA Seguros S.A. de C.V., al inscribirlo en alguno de los programas que incluye su Póliza de gastos médicos mayores, con la finalidad de ofrecerle los servicios de asistencia que le permitan dar seguimiento específico a su padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y en su caso se le ofrezcan alternativas para el tratamiento de su Enfermedad, esté facultada para transferir sus datos personales y sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio?			
Sí acepto <input type="checkbox"/>	Fecha y firma del Asegurado _____	No acepto <input type="checkbox"/>	Fecha y firma del Asegurado _____
Firma del médico tratante	Firma del Asegurado afectado o representante legal	Firma del Asegurado titular y/o Contratante	Lugar y fecha
Documentación a anexar a esta solicitud: <ul style="list-style-type: none"> <li>Copia de recetas médicas señalando nombre del Asegurado afectado, fecha de elaboración, nombre del medicamento (presentación, dosis, frecuencia y tiempo de tratamiento).</li> <li>Copia de resultados de estudios que confirman el diagnóstico y/o respaldan el tratamiento indicado.</li> </ul>			