



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.
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. Llenar una solicitud de reembolso por cada enfermedad o siniestro ocurrido.

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	Cobertura <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Gastos Funerarios <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
Información general				
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	País de nacimiento
Nacionalidad		Ocupación/Profesión/Giro del negocio	Número de Firma Electrónica Avanzada	
RFC			CURP	
Domicilio Calle			No. Exterior	No. Interior
Colonia	Código postal	Delegación o municipio	Población o ciudad	Estado
Correo electrónico del Asegurado afectado o titular		Teléfono (con clave de ciudad) 01	Tel. celular (con clave de ciudad) 044	
En caso de que los datos del contacto sean diferentes al Asegurado afectado				
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)
Correo electrónico del Asegurado afectado o titular		Teléfono (con clave de ciudad) 01		Tel. celular (con clave de ciudad) 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)				
<b>Nota:</b> es importante que nos proporcione los datos del Asegurado afectado para poder informarle del estatus y seguimiento a su siniestro.				
Tipo de padecimiento				
<input type="checkbox"/> Congénito	<input type="checkbox"/> Adquirido	<input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Crónico	





Datos del Beneficiario de pago (para gastos médicos proporcionar datos del Asegurado o Contratante)									
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)			
Edad	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	País de nacimiento		
Nacionalidad			Ocupación/Profesión/Giro del negocio			Número de Firma Electrónica Avanzada			
RFC					CURP				
Domicilio Calle						No. Exterior		No. Interior	
Colonia			Código postal	Delegación o municipio		Población o ciudad		Estado	
Correo electrónico del Asegurado afectado o titular			Teléfono (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)			
			01			044			
Exclusivo para personas físicas.									
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.								Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, describa el puesto						Parentesco o vínculo			
2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con alguna sociedad o asociación? Especifique:								Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3. ¿Actúa en nombre y cuenta propia?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa				
Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación						Parentesco o vínculo con usted			
4. ¿Es accionista o socio de alguna sociedad o asociación?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre y porcentaje de participación		Firma		
<b>Forma de pago</b>									
<input type="checkbox"/> Transferencia electrónica						<input type="checkbox"/> Orden de pago			
Banco _____									
Cuenta bancaria _____									
Clabe interbancaria _____									
Nota: no se realizan pagos ni depósitos a tarjeta de crédito.									
<b>Datos personales</b>									
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 Asegurado afectado o representante legal	Firma del Asegurado titular y/o Contratante	Lugar y fecha	
Nota: siempre que se utilice el sistema de pago por reembolso, el Asegurado ratifica que contrató a su elección por nombre y cuenta de AXA Seguros, a los proveedores de los servicios médicos (personas morales) tales como hospitales, farmacias, laboratorios, proveedores de equipo médico incluyendo aparatos y prótesis. Los gastos que el Asegurado haya realizado por nombre y cuenta de AXA Seguros a favor de dichos proveedores le serán restituidos sujetos a los tabuladores y límites de cobertura de su Póliza. A excepción de los recibos de honorarios médicos, enfermería y farmacias, los cuales deben ser facturados a nombre del Contratante o Asegurado de la Póliza.			
Aviso de accidente			
En caso de accidente, describa el lugar, cuándo y cómo ocurrió el evento, detallando qué provocó la lesión			
En caso de accidente automovilístico			
¿Cuenta con seguro de automóvil?    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre de la compañía	
Cobertura	Suma Asegurada	No. de Póliza	Cía. del tercero
Días de estancia	¿Estuvo hospitalizado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hospital en que fue atendido	
¿Qué estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento?			
Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias del Ministerio Público)			
Documentación a anexar en esta solicitud:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe médico, por cada siniestro o padecimiento ocurrido.</li> <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>Estudios de laboratorio e interpretación con firma del médico.</li> <li>Facturas hospitalarias y de personas morales que generen IVA: facturar a nombre de AXA Seguros, S.A. de C.V., ASE93116231, Félix Cuevas 366, Piso 6, Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, 03200, CDMX, México.</li> <li>Los comprobantes de honorarios médicos, farmacias y enfermería así como cualquier otro que genere ISR a retener: facturar a nombre del Asegurado.</li> </ul>			

AI - 344 • MARZO 2018