



Instrucciones

1. Utilice este formato para darse de alta en pago de transferencia electrónica o para actualizar su información personal y bancaria.
2. Personas físicas: anexar documento cuenta CLABE, cédula de identificación RFC actualizada, cédula de especialidad médica e identificación oficial.
3. Personas morales: anexar copia de poder notarial, identificación oficial del apoderado legal y acta constitutiva.
4. No se admiten tarjetas de crédito, cuentas de inversión o dolarizados, solo cuentas de cheques en moneda nacional.

Información general

Tipo de trámite	<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Actualización	Persona	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Moral
-----------------	-------------------------------	--	---------	---------------------------------	--------------------------------

Información general del beneficiario del pago

Nombre del proveedor					
Especialidad o subespecialidad del proveedor médico				No. de cédula	
Nacionalidad	Fecha de nacimiento:*		Día	Mes	Año
<input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera					Teléfono
Domicilio		No. exterior	No. interior	Colonia	
Calle					
Código postal	Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado	Tel. particular (con clave de ciudad)	
RFC*		CURP*		Correo electrónico*	

Por este medio, solicito a AXA Seguros, S.A. de C.V. (en adelante "AXA"), proceda a abonar de forma electrónica a la cuenta bancaria indicada en la presente solicitud, los pagos procedentes derivados del siniestro reclamado, junto con la documentación correspondiente para su análisis, incluyendo las facturas o cualquier otra documentación que requiera la regulación fiscal vigente y en los formatos que la misma establezca. Se requerirá que los Proveedores Médicos sin convenio de pago directo hayan aceptado previamente a la firma de la presente solicitud, el tabulador ofrecido por AXA para efectos de este siniestro, sin que esto represente una relación contractual.

El proveedor médico 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 beneficiario se dará igualmente por pagado y libera de toda responsabilidad a AXA, sus filiales, subsidiarias o cualquier miembro del grupo corporativo al que pertenece por los pagos/depositos, que AXA efectúe a favor de dichas cuentas.

Nota: AXA procederá al (a los) pago(s) que se encuentre(n) cubierto(s) en la póliza de seguro contratada por el asegurado y misma que es objeto de la presente solicitud (para efectos del presente se le denominará "Póliza de Seguro"), por lo cual no queda obligada por este documento, a la procedencia de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva de conformidad con lo establecido en la Póliza de Seguro.

El proveedor médico manifiesta bajo protesta de decir verdad que se encuentra debidamente autorizado para prestar servicios médicos profesionales en la República Mexicana y por lo tanto libera a AXA, sus filiales, subsidiarias o cualquier miembro del grupo corporativo al que pertenece, de cualquier responsabilidad derivada de la falta de las autorizaciones aquí mencionadas.

El proveedor médico expresamente reconoce y acepta que (i) su relación con el paciente es resultado de la libre elección hecha por este último por lo que no existe relación contractual alguna entre el proveedor médico y AXA y (ii) en relación con la responsabilidad profesional por imprudencia o negligencia en que se pudiera incurrir, en este acto deslinda a AXA, sus filiales, subsidiarias o cualquier miembro del grupo corporativo al que pertenece de cualquier responsabilidad, reclamación, demanda y/o denuncia presentada en su contra y que se le pudiera imputar, sea de naturaleza civil, penal, administrativa o de cualquier otra índole con motivo de los servicios médicos profesionales prestados por el proveedor médico.

Por otra parte, en virtud de que la responsabilidad de pago de AXA se encuentra limitada a los términos en los que se emita la autorización del pago directo de esta solicitud, AXA en ningún caso quedará obligada a pagar cantidad alguna que exceda el monto establecido en el tabulador correspondiente.

El proveedor médico reconoce que acepta el alcance de sus obligaciones de conformidad con las consideraciones previstas en esta solicitud, asumiendo cualquier responsabilidad que derive de las mismas.



Domicilio actual (llene esta sección solo si su domicilio difiere del que aparece en su estado de cuenta)				
Domicilio Calle		No. exterior		No. interior
Colonia	Código postal	Alcaldía o municipio	Población o ciudad	Estado
Información bancaria				
Banco*		Nombre y no. de plaza bancaria*		No. de sucursal*
No. de cuenta*		Clabe interbancaria* (utilizada para cuentas en México/18 dígitos numéricos)		
Favor de llenar los siguientes campos si su cuenta es en dólares (no aplica para Gastos Médicos)				
ABA (clave utilizada para cuentas de USA/numérica)		SWIFT (clave utilizada para cuentas del resto del mundo/alfanumérica)		
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.				
Firma _____				
Asimismo autorizo que en caso de siniestros AXA comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible con mi agente de seguros. En caso de que usted no acepte, favor de anular ambas casillas y no estampe su firma. Sí ____ No ____				
Firma _____				
El tratamiento de los datos personales en AXA Seguros, S.A. de C.V., se realiza de conformidad con el aviso de privacidad integral que se encuentra disponible en la página de internet axa.mx , en la sección Aviso de Privacidad. En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el aviso de privacidad integral, para su consulta.				
Firma del proveedor médico		Lugar y fecha		