



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. Es importante que nos proporcione los datos del Asegurado afectado para poder informarle del estatus y seguimiento a su siniestro.

Información general de la Póliza			
No. de Póliza	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 _____	
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	RFC
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			
Nombre (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)
Datos del Contratante			
Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s)) o razón social			
Tipo de evento			
<input type="checkbox"/> Enfermedad		<input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Maternidad
Motivo de la atención			
En caso de accidente, describa el lugar, cuándo y cómo ocurrió el evento, detallando qué provocó la lesión			



Hospital o proveedor que brinda la atención _____
 Lugar (consultorio, hospital) donde recibió la primera atención del presente padecimiento _____
 ¿Ha presentado gastos anteriores por el presente padecimiento en esta u otra compañía? Sí No
 Compañía _____
 Fecha en que visitó por primera vez al médico por este padecimiento _____

Datos personales

Tus datos serán tratados de conformidad con lo establecido en nuestro Aviso de Privacidad, ubicado en axa.mx, y para todos los fines del Contrato de Seguro.

Sí 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 Fecha y firma del Asegurado _____ No acepto Fecha y firma del Asegurado _____

Firma del Asegurado o representante legal	Lugar y fecha

En caso de accidente automovilístico llenar esta información

¿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
¿Estuvo hospitalizado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hospital en que fue atendido		

Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias del Ministerio Público)

- Documentación a anexar en esta solicitud:
- Copia de tarjeta del seguro
 - Informe médico (Medical brief o ER Record)
 - Copia de INE o identificación oficial