



# ALTA PROVEEDORES PASOS A SEGUIR

**1.** **INGRESA** a “Solicitud de alta proveedores convenio”.

### Solicitud de alta proveedores convenio

Solicitud de alta de proveedores médicos, Solicitud de alta de proveedores hospitalares, Solicitud de alta de proveedores servicios auxiliares

**2.** **SELECCIONA** el tipo de proveedor al que perteneces.

### ¿Con qué podemos ayudarte?

- Solicitud de alta de proveedores médicos
- Solicitud de alta de proveedores hospitalares
- Solicitud de alta de proveedores servicios auxiliares

**3.** Si eres un prestador médico, y el consultorio está ubicado en algún hospital, debes **SELECCIONAR** el nombre de este, del **listado de los que existen en convenio con AXA** que se despliega.

Sucursales: En caso de que tu (s) consultorio (s) se encuentre en algún hospital, por favor indicalo a continuación

Buscar objetos de Activos

485 RESULTADOS DE BÚSQUEDA

- AMERICAN MEDICAL CENTER
- ANDALUCIA CLINICA DE ESPECIALIDADES
- ANGELES CHIHUAHUA
- AYAMELI SERVICIOS MEDICOS SA DE CV
- BENEFICENCIA ESPAÑOLA DE LA LAGUNA

**4.** **SELECCIONA** el tipo de situación fiscal (persona física o moral), para que se despliegue el *check list* de documentos que debes cargar en la sección “Adjunto”.

Adjunto\*

Arrastra y suelta archivos, pega capturas de pantalla o busca

Buscar

Tipo de Persona\*

Selecciona...

### Persona Física

- Carátula de Adhesión Persona Física (llenar los espacios en gris, no firmar y enviar en formato Word).
- Carta de conflicto de intereses (firmada)
- Formato de Alta de Proveedores (firmado). Deberá llenar el archivo de Excel y generar el PDF para su envío.
- Identificación oficial del prestador.
- Cédula profesional.
- Cédula especialidad.
- Certificación y Recertificación cuando aplique (vigente).
- Documento cuenta CLABE (con vigencia no mayor a 3 meses).
- Póliza de responsabilidad civil (vigente).
- Comprobante domicilio (con fecha no mayor a 3 meses).
- Opinión de cumplimiento SAT.

### Persona Moral

- Carta de conflicto de intereses (firmada.)
- Identificación Oficial del representante legal
- Comprobante de domicilio (con fecha no mayor a 3 meses).
- Acta constitutiva.
- Poder notarial del representante legal
- Constancia de situación fiscal (con fecha de emisión no mayor a 3 meses).
- Certificación (hospital o clínica).
- Licencia o aviso sanitario (cuando aplique).
- Aviso de funcionamiento.
- Licencia de trasplantes (cuando aplique).
- Póliza de responsabilidad civil.
- Formato de infraestructura (cuando aplique).
- Cuestionario de control interno (cuando aplique).
- Opinión de cumplimiento SAT.

**5.** Deberás **LLENAR** el formulario, con los **datos fiscales, dirección del consultorio, datos bancarios (CLABE interbancaria).**

Datos Fiscales:

Correo Electrónico Secundario

Para agregar más de una cuenta estas deben estar separadas por ";", no se aceptan espacios en blanco.

Teléfono 1\* Ej: 1212232345

Teléfono 2 Ej: 1212232345

Número de Celular Ej: 1212232345

País\* MEXICO

Estado - Municipio\* Selecciona...

Tipo de proveedor\* Selecciona...

Calle\* Número Exterior\*

Colonia\* Código Postal\*

Datos de contacto donde el asegurado te localizará.

Consultorios:

Consultorio 1:

País\* MEXICO

Estado - Municipio\* Selecciona...

Calle\* Número Exterior\*

Colonia\* Código Postal\*

Teléfono 1\* Ej: 1212232345

Teléfono 2 Ej: 1212232345

Número de Celular Ej: 1212232345

Requiere Nuevo Consultorio

Sí

No

### NOTA SOBRE CLABE INTERBANCARIA:

para evitar rechazos en la solicitud, **adjunta el documento cuenta CLABE** o bien, **elimina cualquier dato de tarjeta de crédito o débito** que contenga el estado de cuenta bancario, en AXA estamos comprometidos en la protección de datos de tarjeta.

Datos Bancarios:

CLABE Interbancaria\*

Ej: 123456789012345678

**6.** Una vez que hayas completado los datos y adjuntado todos los documentos, al **DAR CLIC** en la casilla de autorización del tratamiento de datos personales, conforme a nuestro aviso de privacidad, da clic en **enviar**.

AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México. llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para la actualización y alta de los mismos. El aviso de privacidad integral lo puede consultar en [axa.mx](#) en la sección Aviso de Privacidad.

Autorizo el tratamiento y transferencia de mis datos personales financieros para efectos de la actualización de mi información \*

Sí

Enviar Cancelar

Al terminar de generar la solicitud, **recibirás un correo electrónico con la confirmación del alto y el folio de atención**, por ejemplo: **PROV-3710**. Con esta referencia podrás **consultar el estatus de seguimiento de la solicitud**.