



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. Si no es hospital o médico, debes elegir servicios auxiliares (laboratorios, insumos quirúrgicos, etc.).

¿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 indicarlo a continuación

Buscar objetos de Activos

466 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 editable).
- Carta de conflicto de intereses (con fecha y firma).
- Formato de Alta de Proveedores (en formato PDF con fecha y firma).
- Identificación oficial del proveedor (vigente).
- Cédula profesional.
- Cédula especialidad.
- Certificación o Recertificación (vigente).
- Documento cuenta CLABE (con fecha de emisión no mayor a 3 meses a partir de la fecha de tu solicitud).
- Póliza de responsabilidad civil vigente (con vigencia y suma asegurada visible).
- Comprobante de domicilio (con fecha de emisión no mayor a 3 meses a partir de la fecha de tu solicitud). El domicilio debe coincidir con el de la Constancia de Situación Fiscal.
- Opinión de cumplimiento positiva del SAT (con fecha de emisión no mayor a 3 meses a partir de la fecha de tu solicitud).

Persona Moral

- Carta de conflicto de intereses (con fecha y firma).
- Identificación Oficial vigente del representante legal.
- Comprobante de domicilio (con fecha de emisión no mayor a 3 meses a partir de la fecha de tu solicitud).
- Acta constitutiva.
- Poder notarial del representante legal.
- Constancia de Situación Fiscal (con fecha de emisión no mayor a 3 meses a partir de la fecha de tu solicitud).
- Certificación (aplica para médicos, opcional para hospitalares).
- Licencia sanitaria o responsable sanitario.
- Aviso de funcionamiento vigente.
- Licencia de trasplantes (cuando aplique).
- Póliza de responsabilidad civil (vigente e indicando suma asegurada visible).
- Formato de infraestructura (cuando aplique).
- Proveedores hospitalarios
- Opinión de cumplimiento positiva del SAT (con fecha de emisión no mayor a 3 meses a partir de la fecha de tu solicitud).

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

No

Enviar Cancelar

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