



# 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 hospitalarios, 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 hospitalarios
- 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

445 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 hospitales).
- 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\*

1 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**”.



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**.

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