

**Orden de admisión médica (válido por 7 días naturales)**

Favor de anotar claramente el número de siniestro

<b>CAP*</b>	<b>ROC**</b>	No. de siniestro	No. de folio	Hora	:	Fecha de siniestro	Día	Mes	Año	Fecha de entrega	Día	Mes	Año
<b>Datos del agente (aspectos internos de la compañía)</b>													
Ajustador y/o abogado										No. de póliza		No. de Inciso	
Asegurado													
Cobranza							Autorizó						
<b>Lesionado 1</b>													
<b>Riesgo:</b>		<input type="checkbox"/> <b>GMO</b> <input type="checkbox"/> <b>RCP</b> <input type="checkbox"/> <b>RCV</b>		No. de ocupantes _____ Letra _____				No. de lesionados _____ Letra _____					
Le agradeceremos dar Atención Médica a:													
Sexo		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Edad		Tipo de lesión		<input type="checkbox"/> 1er. Nivel <input type="checkbox"/> 2do. Nivel		Identificación		No. de Identificación _____	
Ambulancia							Hospital						
Domicilio							Tel. (con clave de ciudad) 01 _____						
<b>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 Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo que los datos personales proporcionados en este formato puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro.</b>													
Síntomas										<b>Lesionado</b>		<b>Ajustador</b>	
Observaciones													
Les agradecemos dar atención médica a las lesiones arriba mencionadas por cuenta de esta Compañía y con cargo al siniestro en referencia, enviándonos dentro de las 24 horas, siguientes de atendido el paciente, su informe médico. "Si el paciente opta por atenderse con otro Médico u Hospital que no sea el asignado por AXA Seguros, S.A de C.V, queda entendido que aplicará el procedimiento de Reembolso de Gastos, apegándose al tabulador médico y de hospitales establecido por AXA Seguros, S.A de C.V."													

Deberá presentar siempre el original.

 1er. Lesionado **A**

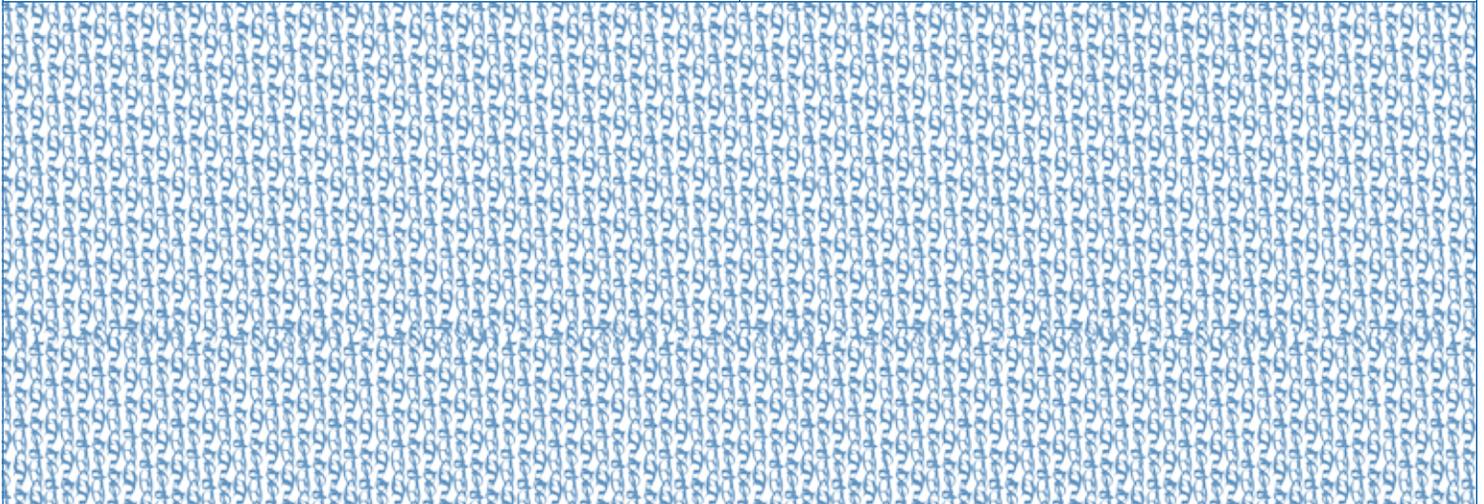
**Orden de admisión médica (válido por 7 días naturales)**

Favor de anotar claramente el número de siniestro

<b>CAP*</b>	<b>ROC**</b>	No. de siniestro	No. de folio	Hora	:	Fecha de siniestro	Día	Mes	Año	Fecha de entrega	Día	Mes	Año
-------------	--------------	------------------	--------------	------	---	--------------------	-----	-----	-----	------------------	-----	-----	-----

**Datos del agente (aspectos internos de la compañía)**

Ajustador y/o abogado	No. de póliza	No. de Inciso
Asegurado		
Cobranza	Autorizó	


**Lesionado 2**

<b>Riesgo:</b>	<input type="checkbox"/> <b>GMO</b>	<input type="checkbox"/> <b>RCP</b>	<input type="checkbox"/> <b>RCV</b>	No. de ocupantes	Letra	No. de lesionados	Letra
----------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	------------------	-------	-------------------	-------

Le agradeceremos dar Atención Médica a:

Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Edad	Tipo de lesión	<input type="checkbox"/> 1er. Nivel <input type="checkbox"/> 2do. Nivel	Identificación	No. de Identificación
Ambulancia					Hospital	
Domicilio					Tel. (con clave de ciudad)	01

**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 Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo que los datos personales proporcionados en este formato puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro.**

Síntomas	<b>Lesionado</b>	<b>Ajustador</b>
Observaciones		

Les agradecemos dar atención médica a las lesiones arriba mencionadas por cuenta de esta Compañía y con cargo al siniestro en referencia, enviándonos dentro de las 24 horas, siguientes de atendido el paciente, su informe médico.  
 "Si el paciente opta por atenderse con otro Médico u Hospital que no sea el asignado por AXA Seguros, S.A de C.V, queda entendido que aplicará el procedimiento de Reembolso de Gastos, apegándose al tabulador médico y de hospitales establecido por AXA Seguros, S.A de C.V."

Deberá presentar siempre el original.

2do. Lesionado B

SA005 · MARZO 2012

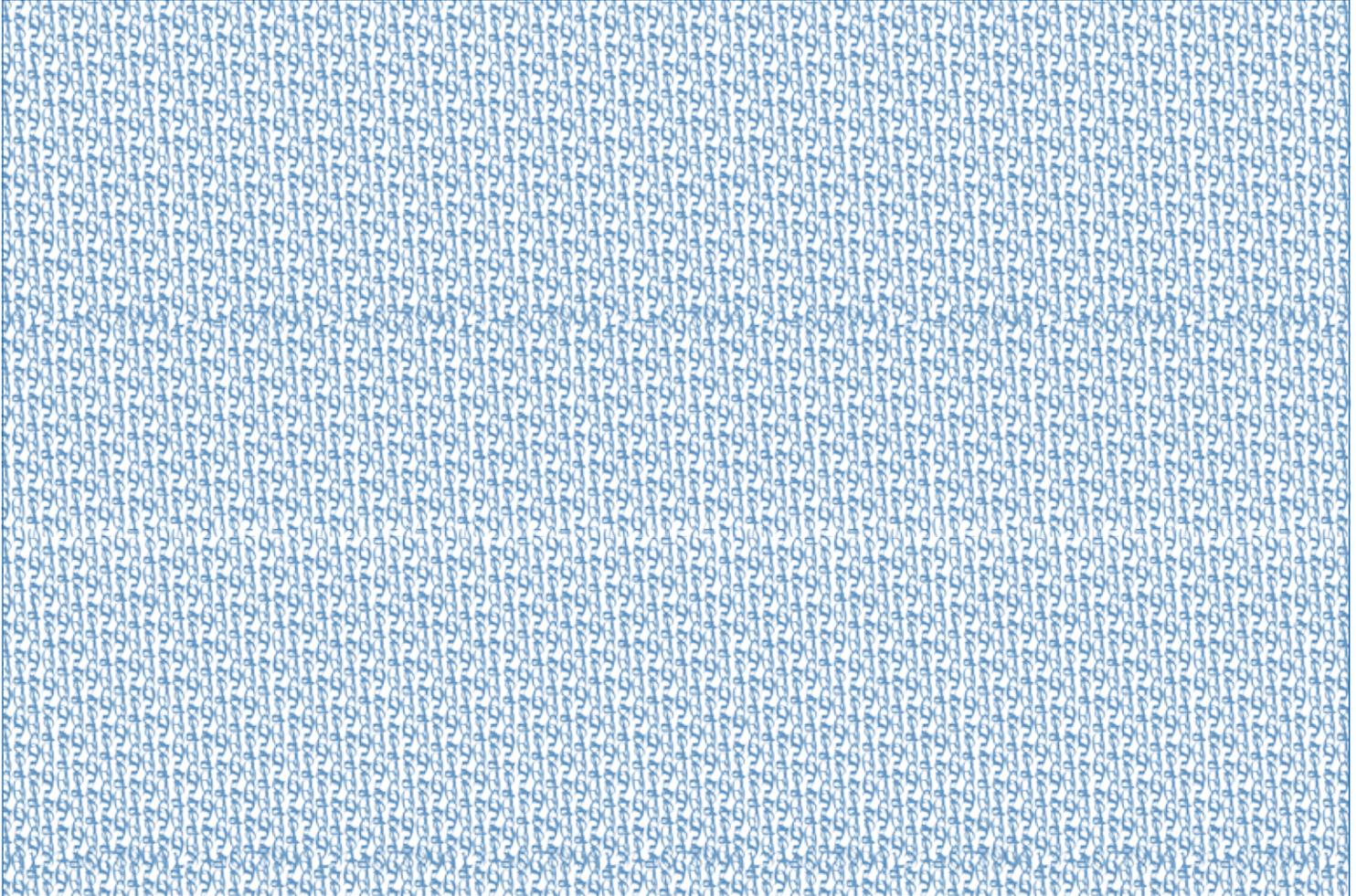
**Orden de admisión médica (válido por 7 días naturales)**

Favor de anotar claramente el número de siniestro

<b>CAP*</b>	<b>ROC**</b>	No. de siniestro	No. de folio	Hora	:	Fecha de siniestro	Día	Mes	Año	Fecha de entrega	Día	Mes	Año
-------------	--------------	------------------	--------------	------	---	--------------------	-----	-----	-----	------------------	-----	-----	-----

**Datos del agente (aspectos internos de la compañía)**

Ajustador y/o abogado	No. de póliza	No. de Inciso
Asegurado		
Cobranza	Autorizó	



Deberá presentar siempre el original.

**Lesionado 3**

<b>Riesgo:</b> <b>GMO</b> <b>RCP</b> <b>RCV</b>	No. de ocupantes	Letra	No. de lesionados	Letra
---	------------------	-------	-------------------	-------

Le agradeceremos dar Atención Médica a:

Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Edad	Tipo de lesión <input type="checkbox"/> 1er. Nivel <input type="checkbox"/> 2do. Nivel	Identificación	No. de Identificación
Ambulancia	Hospital			
Domicilio	Tel. (con clave de ciudad) 01			

**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 Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo que los datos personales proporcionados en este formato puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro.**

Queda entendido que si por cualquier causa no estuviere vigente el contrato de seguro que debiere amparar este riesgo, AXA Seguros, S.A. de C.V., no adquirirá ninguna responsabilidad por la presente orden de admisión y que la responsabilidad de las lesiones y gastos causados por este siniestro es exclusivamente del Asegurado y así se responsabiliza de los mismos.

Síntomas	<b>Lesionado</b>	<b>Ajustador</b>
Observaciones		

Les agradecemos dar atención médica a las lesiones arriba mencionadas por cuenta de esta Compañía y con cargo al siniestro en referencia, enviándonos dentro de las 24 horas, siguientes de atendido el paciente, su informe médico.  
 "Si el paciente opta por atenderse con otro Médico u Hospital que no sea el asignado por AXA Seguros, S.A de C.V, queda entendido que aplicará el procedimiento de Reembolso de Gastos, apegándose al tabulador médico y de hospitales establecido por AXA Seguros, S.A de C.V."

\* **CAP = Cuenta de Administración de Pérdidas.**      \*\* **ROC = Recuperación de Otras Compañías.**

**Orden de admisión médica (válido por 7 días naturales)**

Favor de anotar claramente el número de siniestro

<b>CAP*</b>	<b>ROC**</b>	No. de siniestro	No. de folio	Hora	:	Fecha de siniestro	Día	Mes	Año	Fecha de entrega	Día	Mes	Año
-------------	--------------	------------------	--------------	------	---	--------------------	-----	-----	-----	------------------	-----	-----	-----

**Datos del agente (aspectos internos de la compañía)**

Ajustador y/o Abogado	No. de póliza	No. de Inciso
Asegurado		
Cobranza	Autorizó	

**Lesionado 1**

<b>Riesgo:</b>	<b>GMO</b>	<b>RCP</b>	<b>RCV</b>	No. de ocupantes	Letra	No. de lesionados	Letra
----------------	------------	------------	------------	------------------	-------	-------------------	-------

Le agradeceremos dar Atención Médica a:

Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	Edad	Tipo de lesión	<input type="checkbox"/> 1er. Nivel	Identificación	No. de Identificación
	<input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> 2do. Nivel		
Ambulancia	Hospital					
Domicilio	Tel. (con clave de ciudad) 01					

**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 Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo que los datos personales proporcionados en este formato puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro.**

Síntomas	<b>Lesionado</b>	<b>Ajustador</b>
Observaciones		

Les agradecemos dar atención médica a las lesiones arriba mencionadas por cuenta de esta Compañía y con cargo al siniestro en referencia, enviándonos dentro de las 24 horas, siguientes de atendido el paciente, su informe médico.  
 "Si el paciente opta por atenderse con otro Médico u Hospital que no sea el asignado por AXA Seguros, S.A de C.V, queda entendido que aplicará el procedimiento de Reembolso de Gastos, apegándose al tabulador médico y de hospitales establecido por AXA Seguros, S.A de C.V."

**Lesionado 2**

<b>Riesgo:</b>	<b>GMO</b>	<b>RCP</b>	<b>RCV</b>	No. de ocupantes	Letra	No. de lesionados	Letra
----------------	------------	------------	------------	------------------	-------	-------------------	-------

Le agradeceremos dar Atención Médica a:

Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	Edad	Tipo de lesión	<input type="checkbox"/> 1er. Nivel	Identificación	No. de Identificación
	<input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> 2do. Nivel		
Ambulancia	Hospital					
Domicilio	Tel. (con clave de ciudad) 01					

**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 Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo que los datos personales proporcionados en este formato puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro.**

Síntomas	<b>Lesionado</b>	<b>Ajustador</b>
Observaciones		

Les agradecemos dar atención médica a las lesiones arriba mencionadas por cuenta de esta Compañía y con cargo al siniestro en referencia, enviándonos dentro de las 24 horas, siguientes de atendido el paciente, su informe médico.  
 "Si el paciente opta por atenderse con otro Médico u Hospital que no sea el asignado por AXA Seguros, S.A de C.V, queda entendido que aplicará el procedimiento de Reembolso de Gastos, apegándose al tabulador médico y de hospitales establecido por AXA Seguros, S.A de C.V."

**Lesionado 3**

<b>Riesgo:</b>	<b>GMO</b>	<b>RCP</b>	<b>RCV</b>	No. de ocupantes	Letra	No. de lesionados	Letra
----------------	------------	------------	------------	------------------	-------	-------------------	-------

Le agradeceremos dar Atención Médica a:

Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	Edad	Tipo de lesión	<input type="checkbox"/> 1er. Nivel	Identificación	No. de Identificación
	<input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> 2do. Nivel		
Ambulancia	Hospital					
Domicilio	Tel. (con clave de ciudad) 01					

**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 Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo que los datos personales proporcionados en este formato puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro.**

Síntomas	<b>Lesionado</b>	<b>Ajustador</b>
Observaciones		

Les agradecemos dar atención médica a las lesiones arriba mencionadas por cuenta de esta Compañía y con cargo al siniestro en referencia, enviándonos dentro de las 24 horas, siguientes de atendido el paciente, su informe médico.  
 "Si el paciente opta por atenderse con otro Médico u Hospital que no sea el asignado por AXA Seguros, S.A de C.V, queda entendido que aplicará el procedimiento de Reembolso de Gastos, apegándose al tabulador médico y de hospitales establecido por AXA Seguros, S.A de C.V."

Deberá presentar siempre el original.

Expediente D

SA005 · MARZO 2012