



Instrucciones:

1. Es necesario llenar el presente formato utilizando letra de molde, legible y tinta negra. Este documento es inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.
2. 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.
3. Esta solicitud será analizada por AXA y de acuerdo a la Póliza y Condiciones Generales contratadas, se enviará la resolución correspondiente.
4. En caso de haber iniciado el tratamiento con otra aseguradora, es necesario adjuntar carta remanente.

Información general					
Nombre completo del Contratante de la Póliza:		No. de Póliza:	No. de certificado (en caso de contar con este número):		
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:			CURP:		
País de nacimiento:		Nacionalidad:		Ocupación / Profesión / Giro del negocio:	
Domicilio: Calle:		No. exterior:	No. interior:	Colonia:	
Código postal:	Alcaldía o municipio:		Población o ciudad:		Estado:
Correo electrónico:		Teléfono (con clave de ciudad):		Tel. celular (con clave de ciudad):	
Exclusivo para personas físicas					
1. Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado desempeñan funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales, funcionarios o miembro de partidos políticos. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
En caso afirmativo, describa el puesto:				Parentesco o vínculo:	
2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con alguna sociedad o asociación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique:					
3. ¿Actúa en nombre y cuenta propia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa:		
Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación:				Parentesco o vínculo:	
4. ¿Es accionista o socio de alguna sociedad o asociación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Nombre y porcentaje de participación:					

AI - 463 • JULIO 2025



Tipo de solicitud			
<input type="checkbox"/> Reembolso de gastos médicos	<input type="checkbox"/> Carta de valoración	<input type="checkbox"/> Pago indemnizatorio	
<input type="checkbox"/> AP Estudiante	<input type="checkbox"/> Maternidad	<input type="checkbox"/> Gasto médico menor	
Facturas o recibos presentados para reembolso			
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Honorarios médicos	<input type="checkbox"/> Otro(s)	
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Patología (biopsia)	Especifique:	
Tipo de reclamación			
<input type="checkbox"/> Inicial	Siniestro:	Diagnóstico:	
<input type="checkbox"/> Complementaria			
Aviso de accidente			
En caso de accidente, describa el lugar, cuándo y cómo ocurrió el evento y si se reportó con alguna autoridad, detallando qué provocó la lesión:			
En caso de accidente automovilístico, mencionar las Compañías aseguradoras involucradas:			
Aseguradora de tu auto:		Aseguradora(s) del(los) tercero(s) involucrado(s):	
Facturas / Recibos adjuntos			
Número de recibo	Número de factura	Especifique el tipo de tratamiento que ampara el comprobante (consulta, hospitalización, terapia, etc.)	Importe total Tipo de moneda <input type="checkbox"/> Dólar <input type="checkbox"/> M.N. <input type="checkbox"/> Otros
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
Total (a)			

AI - 463 - JULIO 2025



Desglose de medicamentos reclamados					
Número de recibo	Número de factura	Especifique la enfermedad o diagnóstico para el que se indicó	Nombre del medicamento	Nombre de farmacia	Importe total
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
				Total (b)	
				Total general (a+b)	

Beneficiario del pago

Nombre: _____

Asegurado Contratante Padre, Madre o Tutor

Otro, justificación: _____

Al marcar esta casilla instruyo a AXA Seguros S.A. de C.V., para efectuar el pago correspondiente derivado de la presente solicitud a favor de la persona cuyos datos incluyo en el presente apartado, renunciando a toda acción o derecho a mi favor derivado del mismo, acreditando que realizo el pago (factura, recibos de honorarios, etc.).

En caso de haber seleccionado otro, contratante, padre o madre, completar los siguientes campos e ingresar copia de INE si es persona física:

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre(s): _____

Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____ Día _____ Mes _____ Año _____ País de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Ocupación / Profesión / Giro del negocio: _____

RFC: _____ CURP: _____

Domicilio: Calle: _____ No. exterior: _____ No. interior: _____ Colonia: _____

Código postal: _____ Alcaldía o municipio: _____ Población o ciudad: _____ Estado: _____

Número de Firma Electrónica Avanzada: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono (con clave de ciudad): _____ Tel. celular (con clave de ciudad): _____

Estimado Asegurado, te informamos que solo emitimos pagos por transferencia electrónica

Banco: _____

Número de cuenta: _____ CLABE interbancaria: _____

AI - 463 • JULIO 2025



Firma del Beneficiario de pago	Lugar y fecha de reclamación

Nota: no se realizan pagos ni depósitos a tarjeta de crédito. Para transferencia electrónica es indispensable el llenado de estos 3 datos, mismos que serán válidos únicamente para esta reclamación. En caso de omisión, no será posible continuar con el análisis integral de su solicitud.

Aviso de Privacidad

Autorizo a AXA Seguros, S.A. de C.V. ("AXA") con domicilio en Avenida Félix Cuevas 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México) llevar a cabo el tratamiento de mis datos personales, incluidos patrimoniales, financieros y sensibles ("Datos"), para procesar la presente solicitud, en su caso la operación de la póliza, así como para todos los demás fines vinculados con la relación jurídica/contractual que tengamos celebrada, o en su caso se vaya a celebrar y demás finalidades especificadas en el aviso de privacidad integral, disponible en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad. Con la firma de esta solicitud de seguro, autorizo a AXA el tratamiento de mis Datos, finalidades y su transferencia a terceros autorizados.

Si proporciono Datos de terceros, me comprometo a informarles sobre su entrega, finalidades y dónde consultar el Aviso de Privacidad Integral.

Podré oponerme al tratamiento de mis Datos para finalidades secundarias como ofrecimiento y promoción de servicios, mediante el procedimiento establecido en el aviso de privacidad integral, disponible en axa.mx

Autorizo mediante la presente firma de forma expresa y por escrito la transferencia de mis "Datos" relativos a la siniestralidad de mi póliza, incluyendo datos personales sensibles, al Contratante de la misma para el trámite de mis siniestros y demás finalidades especificadas en el Aviso de Privacidad Integral.

Firma del asegurado: _____

Firma del Asegurado afectado o representante legal	Firma del Asegurado titular y/o Contratante	Lugar y fecha

Nota: siempre que se utilice el sistema de pago por reembolso, el Asegurado ratifica que contrató a su elección por nombre y cuenta de AXA Seguros, a los proveedores de los servicios médicos (personas morales) tales como hospitales, farmacias, laboratorios, proveedores de equipo médico incluyendo aparatos y prótesis. Los gastos que el Asegurado haya realizado por nombre y cuenta de AXA Seguros a favor de dichos proveedores le serán restituidos sujetos a los tabuladores y límites de cobertura de su Póliza. A excepción de los recibos de honorarios médicos, enfermería y farmacias, los cuales deben ser facturados a nombre del Contratante o Asegurado de la Póliza.

Documentación para anexar en esta solicitud:

- Informe médico (no mayor a 6 meses) por cada siniestro o padecimiento ocurrido.
- Copia de recetas médicas (no mayores a 3 meses) señalando el nombre del Asegurado afectado y la fecha de elaboración.
- Estudios de laboratorio e interpretación con firma del médico.
- Facturación a nombre de la UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México, UNA2907227Y5, Avenida Universidad 300, Universidad Nacional Autónoma de México CU, Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México.
- Facturas hospitalarias en prestadores que no están en convenio y todos los comprobantes que generan ISR, por ejemplo, honorarios médicos, farmacias y enfermería, facturar a nombre de la UNAM.
- Identificación Oficial Vigente del Titular y del beneficiario de pago si este último es persona física.
- Beneficiario de pago persona moral: copia de acta constitutiva, poder notarial e INE.
- En trámites iniciales comprobantes de domicilio (máximo 3 meses de antigüedad).
- Comprobantes o facturas fiscales vigentes en el SAT y desglose de los costos y servicios otorgados.