



# Gastos Médicos Mayores Solicitud de Programación de Servicios Médicos

### 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. Anexar los siguientes documentos para sustentar tu solicitud: identificación oficial, interpretación de estudios, informe médico (no mayor a 6 meses) y recetas médicas (no mayor a 3 meses).
5. Recomendamos revisar la lista de hospitales, laboratorios y otros proveedores de servicios médicos en axa.mx. En caso de no encontrarse en convenio con AXA, deberá realizar el trámite por reembolso.
6. En caso de haber iniciado el tratamiento con otra aseguradora, es necesario adjuntar carta remanente.

Información general de la Póliza		
Nombre completo del Contratante de la Póliza:	No. de Póliza:	No. de Certificado (en caso de contar con este número):

Información 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:

Datos de contacto del Asegurado afectado (en caso que el Asegurado afectado sea menor de edad, se pueden poner los datos de algún familiar)		
Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad):	Celular (con clave de ciudad):

### En caso de recibir apoyo de familiares o conocidos, es necesario llenar los siguientes datos de contacto

Contacto 1		
¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado? <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Esposo(a) o cónyuge <input type="checkbox"/> Amigo o conocido <input type="checkbox"/> Agente		
Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):
Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad):	Celular (con clave de ciudad):

Contacto 2		
¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado? <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Esposo(a) o cónyuge <input type="checkbox"/> Amigo o conocido <input type="checkbox"/> Agente		
Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):
Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad):	Celular (con clave de ciudad):

Información de la programación		
<input type="checkbox"/> Cirugía debido a un accidente	<input type="checkbox"/> Estudios (de laboratorio, de gabinete y/o de alta especialidad)	
<input type="checkbox"/> Cirugía debido a una enfermedad	<input type="checkbox"/> Medicamentos y/o equipo médico	<input type="checkbox"/> Quimioterapia
<input type="checkbox"/> Cirugía por maternidad	<input type="checkbox"/> Hemodiálisis	<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Hospitalización (en caso de necesitar estancia hospitalaria por algún otro servicio)	<input type="checkbox"/> Rehabilitación	
<input type="checkbox"/> Segunda opinión médica	<input type="checkbox"/> Otro, describir: _____	

AI - 464 • JULIO 2025





**¿Qué medicamentos requiere?**

#	Nombre y presentación del medicamento (Ej: Paracetamol 500mg)	Cantidad (Ej: 1 tableta)	Cada cuánto (Ej: Cada 24 hrs)	Durante cuánto tiempo (Ej: Por un mes)	Especifique la enfermedad o diagnóstico y/o número siniestro que corresponde
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Nota: en caso de requerir enlistar más medicamentos, favor de llenar otro formato.

En caso de requerir equipo médico favor de especificar cual:

**Para un estudio u hospitalización, favor de completar esta sección**

Fecha de programación de servicio:	Día	Mes	Año

Lugar donde se realizará la atención (ejemplo: hospital, centro de especialidad, consultorio médico, etc.):

Tipo de estudio u hospitalización:

**Para una quimioterapia, radioterapia, hemodiálisis o rehabilitación, favor de completar esta sección**

Fecha de programación de servicio:	Día	Mes	Año	Fecha de inicio de tratamiento:	Día	Mes	Año

Indicar número de sesiones, cada cuánto y durante cuánto tiempo (en caso de quimioterapia indicar el nombre de tratamiento):

Lugar donde se realizará la atención (ejemplo: hospital, centro de especialidad, consultorio médico, etc.):

AI - 464 • JULIO 2025



**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: \_\_\_\_\_