

**Instrucciones:**

1. Llena el presente formato utilizando letra de molde, legible y tinta negra. Este documento es inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras. Los campos referidos con (*) son obligatorios.
2. Es muy importante que nos compartas tus datos de contacto, número de teléfono y correo electrónico la solicitud de servicios o en la aplicación de My AXA.
3. Debe ser firmado por el Asegurado afectado, o por su representante legal en caso de ser menor de edad.
4. Esta solicitud será analizada por AXA y de acuerdo con la Póliza y Condiciones Generales contratadas, se enviará la resolución correspondiente.
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 de suma asegurada.

Checklist por proceso (presente los documentos de acuerdo al tipo de proceso que vaya a realizar):

	Reembolso	Programación de servicios	Pago Directo
Solicitud de Gastos Médicos Mayores.*	X	X	X
Informe médico.*	X	X	X
Interpretación de los estudios de laboratorio y/o gabinete donde esté confirmado el diagnóstico.*	X	X	X
Factura y XML	X		
Identificación Oficial (INE o Pasaporte)	X	X	X
Recetas de los medicamentos y estudios de laboratorio y/o gabinete. *	X	X	X

Informe médico, recetas y estudios no deberán ser mayor a 6 meses desde su elaboración. En caso de cambios en tratamiento y/o médico, se deberá de presentar actualización de los documentos.

Para procesos internacionales considera compartir adicionalmente lo siguiente:

Reembolso	• Facturas o invoice: estos documentos habitualmente contienen códigos de los diagnósticos y servicios con descripción (ICD/CPT/HCPCSI) facturados al asegurado afectado o en caso de ser menor de edad al asegurado titular. • Desglose de los gastos hospitalarios (Itemized Bill o Itemized Invoice). • Balance de cuenta en cero. • Comprobantes de pago. • Comprobante de ingreso/egreso en el extranjero (Forma I-94, pasaporte con sellos de entrada y salida, etc).
Programación de servicios	• Nombre completo y domicilio del hospital donde se atenderá y nombre del médico tratante. • Itinerario de servicios: debe señalar las atenciones que desea programar en la solicitud de programación.
Pago directo	• Fecha de atención. • Nombre completo del Hospital y dirección del mismo. • El paciente se encuentra hospitalizado ☐ Ya fue egresado ☐ • MRN (Medical Record Number) o número de expediente, ambos datos se encuentran en la pulsera de identificación de paciente. • Nombre del case manager, social worker o personal del hospital que apoya con el seguimiento.



Es importante considerar que para que el pago directo pueda gestionarse deben cumplirse los siguientes aspectos:

- El proveedor hospitalario debe de pertenecer a nuestros proveedores en convenio.
- Haber recibido por parte del hospital la notificación de ingreso y compartir la información médica completa para poder ser dictaminado y emitir una respuesta.
- La cobertura en el extranjero debe incluir la modalidad de pago directo y estar vigente durante el internamiento.
- Es necesario notificar a AXA Seguros durante el periodo de hospitalización.
- Se requiere la obtención de informes médicos durante la estancia hospitalaria; después del egreso, gestionar esta información se vuelve más complejo. Sin estos informes y el dictamen correspondiente, no podemos garantizar la gestión de pago directo ni evitar cobros por la atención brindada.

Tipo de trámite: ☒ Nacional ☐ Internacional

Proceso por solicitar: ☐ Reembolso ☐ Programación ☐ Pago directo

Información general de la Póliza

Nombre completo del Contratante de la Póliza	No. de Póliza	No. de Certificado (en caso de contar con él)
--	---------------	---

Datos del Contratante y/o Titular de la póliza

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	Municipio/Alcaldía	Población o ciudad	Estado
---------	---------------	--------------------	--------------------	--------

Estado	Régimen fiscal	Clave de uso	C.P. domicilio fiscal
--------	----------------	--------------	-----------------------

Número de Firma Electrónica Avanzada

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

Datos del Asegurado afectado (solo si es diferente y/o titular de la póliza, en caso de ser menor de edad colocar datos de contacto del tutor)

Nombre completo

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



Datos de contacto (en caso de recibir apoyo de familiares o conocidos es necesario llenar los siguientes campos de datos de contacto)

Contacto 1: Familiar o representante legal

¿Cuál es su relación con el Asegurado afectado? ☐ Familiar ☐ Espos(a) o cónyuge ☐ Amigo o conocido

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

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

¿Cuál es el medio preferente que desea ser contactado?

Contacto 2: Agente ¿Quiero proporcionar información a mi agente? ☐ Sí ☐ No

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

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

Tipo de evento

☐ Enfermedad ☐ Accidente ☐ Maternidad

Inicial o complementaria

¿Se deriva de algún padecimiento anterior? (en caso de derivarse de un padecimiento anterior, favor de escribir el número de siniestro):

☐ Sí, el número de siniestro es: _____

☐ No, es la primera vez que realizaré una reclamación.

Motivo por el cual acudió a la atención médica (descripción de los síntomas):

En caso de accidente, describa el lugar, cuándo y cómo ocurrió el evento, detallando qué provocó la lesión:

Nombre de Médico o persona que brinda atención:

Hospital, Clínica o Sanatorio que brinda la atención:

Fecha en que visitó por primera vez al médico por este padecimiento: Lugar

día mes año

Proceso por solicitar:

☒ Reembolso (Facturas) ☐ Programación (especificar cantidad y duración de tratamiento) ☐ Pago Directo

Especifique el tipo de tratamiento o medicamento a solicitar	Número de factura o cantidad (según aplique).	Durante cuánto tiempo se requiere. (Ej. Un mes).	Importe (en caso de reembolso).
1.			
2.			
3.			



4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Total \$

Nota: solo se considerarán los medicamentos enlistados en este apartado. En caso de requerir enlistar más medicamentos, será necesario llenar otro formato.

En caso de requerir equipo médico favor de especificar cuál:

Para un estudio, hospitalización, quimioterapia, radioterapia, hemodiálisis o rehabilitación completar la siguiente sección:

Fecha de programación del servicio	Hospital, Clínica o Sanatorio que brinda la atención:
día mes año	

Domicilio del lugar que brinda la atención Calle	No. exterior	No. interior
Colonia	Código postal	Municipio/Alcaldía
	Población o ciudad	Estado

Teléfono de contacto del lugar que brinda la atención:

Especificar en caso de programación de medicamentos o insumos indicar la dirección de entrega*:

Domicilio del lugar que brinda la atención Calle	No. exterior	No. interior
Colonia	Código postal	Municipio/Alcaldía
	Población o ciudad	Estado

Beneficiario del pago.

Llenar solo en caso de solicitar un reembolso

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 Contratante, Padre, Madre o Tutor									
Apellido paterno:				Apellido materno:				Nombre(s):	
Edad	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento día mes año				País de nacimiento			
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)		
Te informamos que solo emitimos pagos por transferencia electrónica									
Banco:									
Número de cuenta:									
CLABE interbancaria:									
Datos personales y Transferencia de datos a terceros									
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) llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales, incluidos datos patrimoniales, financieros y sensibles ("Datos"), para evaluar su solicitud de seguro, determinar su prima, ofrecerle productos, servicios, en su caso la emisión/operación de la póliza y demás finalidades especificadas en nuestro aviso de privacidad integral disponible en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad. Con la firma de esta solicitud de seguro, usted autoriza a AXA el tratamiento de sus Datos, finalidades y su transferencia a terceros autorizados. Si proporciona Datos de terceros, se compromete a informarles sobre su entrega, finalidades y dónde consultar el Aviso de Privacidad Integral. Usted podrá oponerse al tratamiento de sus Datos para finalidades secundarias como ofrecimiento y promoción de servicios, mediante el procedimiento establecido en el aviso de privacidad integral, disponible en axa.mx Estoy consciente y conforme con la información médica y administrativa presentada para la atención de esta solicitud de siniestro.									
Firma del Asegurado afectado o representante legal					Lugar y fecha				