

**Instrucciones**

1. Es necesario llenar el presente formato en su totalidad, sin dejar espacios en blanco. Utilice letra **de molde, legible y tinta negra**.
2. Este documento es inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.
3. 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.
4. La recepción de este formato no obliga a AXA Seguros a admitir la procedencia de la reclamación, ésta será evaluada conforme al contrato de seguro.
5. Llenar una solicitud de reembolso por cada enfermedad o siniestro ocurrido.

Información general de la póliza			
No. de póliza	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectivo	No. de certificado _____	Tipo de reclamación <input type="checkbox"/> Inicial (cuando es la primera vez que se presentan gastos por este evento) <input type="checkbox"/> Complementario (cuando ya se han presentado gastos por este evento) No. de siniestro _____
			Cobertura <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Gastos Funerarios <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____

Información general**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
País de nacimiento		Ocupación/Profesión/Giro del negocio		Número de Firma Electrónica Avanzada	
R.F.C.			CURP		
Domicilio				No. Exterior	No. Interior
Calle					
Colonia		Código postal	Delegación o municipio		Estado
Correo electrónico del asegurado afectado o titular		Teléfono (con clave de ciudad)		Tel. celular (con clave de ciudad)	
		01		044	

En caso de que los datos del contacto sean diferentes al asegurado afectado

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	
Correo electrónico		Teléfono (con clave de ciudad)		Tel. celular (con clave de ciudad)	
		01		044	
Especifique cuál es la relación con el asegurado afectado					
<input type="checkbox"/> Asegurado titular <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Tercero (familiar, otro)					

Nota: es importante que nos proporcione los datos del asegurado afectado para poder informarle del estatus y seguimiento a su siniestro.

Tipo de padecimiento

Congénito
 Adquirido
 Agudo
 Crónico

Información presentada

Informe(s) médico(s)
 Interpretación (radiografía, tomografía, ultrasonido, etc.)
 Resultados de patología
 Resultados de laboratorio
 Otro(s) Especifique _____

Facturas o recibos presentados para reembolso

Hospital
 Honorarios médicos
 Patología (biopsia)
 Medicamentos
 Otro(s) Especifique _____



Desglose de gastos reclamados por conceptos distintos a medicamentos

No. de comprobante	Especifique la enfermedad o diagnóstico que corresponde	Especifique el tipo de tratamiento que ampara el comprobante (consulta, hospitalización, terapia, etc.)	Duración (días de hospitalización, no. de consultas o sesiones)	Importe total
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

Desglose de medicamentos reclamados

No. comprobante	Especifique la enfermedad o diagnóstico para el que se indicó	Nombre del medicamento	Farmacia (razón social)	Importe total
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	Total:	_____

AI - 344 - ABRIL 2015



Datos del beneficiario de pago (para gastos médicos proporcionar datos del asegurado o contratante)									
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)			
Edad	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	País de nacimiento		
Nacionalidad			Ocupación/Profesión/Giro del negocio			Número de Firma Electrónica Avanzada			
R.F.C.			CURP						
Domicilio Calle						No. Exterior		No. Interior	
Colonia		Código postal		Delegación o municipio		Población o ciudad		Estado	
Correo electrónico del asegurado afectado o titular			Teléfono (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)			
			01			044			
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?		En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa							
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación						Parentesco o vínculo con usted			
4. ¿Es accionista o socio de alguna sociedad o asociación?		Nombre y porcentaje de participación			Firma				
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
Forma de pago									
<input type="checkbox"/> Transferencia electrónica						<input type="checkbox"/> Orden de pago			
Banco _____									
Cuenta bancaria _____									
Clabe interbancaria _____									
Nota: No se realizan pagos ni depósitos a tarjeta de Crédito.									
El beneficiario del pago declara bajo protesta de decir verdad, que la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, por lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad AXA Seguros, S.A. de C.V., por los pagos/depósitos que a favor de dicha cuenta ésta efectúe.									
Datos personales									
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 Datos Personales en Posesión de los Particulares autorizo que los datos personales proporcionados en esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro. Firma _____									
Asimismo autorizo que en caso de siniestros AXA comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible con mi agente de seguros. "En caso de que usted no acepte, favor de anular ambas casillas y no estampe su firma ". Sí ___ No ___ Firma _____									
El tratamiento de los datos personales en AXA Seguros, S.A. de C.V. , se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet axa.mx , en la sección aviso de privacidad.									
En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.									


reinventando / los seguros
Transferencia de datos a terceros
Para ser llenado por el asegurado afectado, o en su defecto los padres o tutores en caso de ser menor de edad

¿Autoriza que AXA Seguros S.A. de C.V., al inscribirlo en alguno de los programas que incluye su póliza de gastos médicos mayores, con la finalidad de ofrecerle los servicios de asistencia que le permitan dar seguimiento específico a su padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y en su caso se le ofrezcan alternativas para el tratamientos de su enfermedad; esté facultada para transferir sus datos personales y sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio?

 Sí acepto Fecha y firma del asegurado _____

 No acepto Fecha y 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.

Aviso de accidente

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

En caso de accidente automovilístico

¿Cuenta con seguro de automóvil? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre de la compañía	
Cobertura	Suma asegurada	No. de póliza	Cía. del tercero
Días de estancia	¿Estuvo hospitalizado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hospital en que fue atendido	
¿Qué estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento?			
Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias del Ministerio Público)			

Documentación a anexar a esta solicitud:

- Informe médico, por cada siniestro o padecimiento ocurrido.
- Copia de recetas médicas señalando nombre del asegurado afectado, fecha de elaboración, nombre del medicamento (presentación, dosis, frecuencia y tiempo de tratamiento).
- Estudios de laboratorio e interpretación con firma del médico.
- **Facturas hospitalarias y de personas morales que generen IVA: facturar a nombre de AXA Seguros, S.A. de C.V., ASE931116231, Félix Cuevas 366, Piso 6, Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, 03200, México, D.F.**
- **Los comprobantes de honorarios médicos, farmacias y enfermería así como cualquier otro que genere ISR a retener: facturar a nombre del asegurado.**