reinventando / los seguros

AXA Gastos Médicos /

AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

INSTRUCCIONES

1. Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el Asegurado con letra de molde. **2.** Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa y detallada. **3.** Por el hecho de proporcionar este formulario. La institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza. **4.** Este documento no será valido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN

☐ Reembolso ☐ Programación de Cirugía - Tratamiento ☐ Pago Directo ☐ Segunda Opinión Médica

TIPO DE RECLAMACIÓN

☐ Inicial ☐ Complementaria ☐ Accidente ☐ Embarazo ☐ Enfermedad

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA Y DEL ASEGURADO

Nombre o Razón Social del Contratante						No. de Póliza	
Asegurado Titular (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)						R.F.C. o C.U.R.P.	
Asegurado Afectado (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)						R.F.C. o C.U.R.P.	
No. Certificado del Afectado		Fecha de Alta Día Mes Año				Nacionalidad	
Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Sexo ☐ F ☐ M	Parentesco con el Titular	Correo electrónico		Teléfono y Lada		Teléfono celular
Domicilio Calle			No. Exterior	No. Interior	Colonia		
C. P.	Estado	Delegación	Ocupación o Profesión				
Nombre del lugar de trabajo			Giro de la Empresa				
¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o Accidente en esta u otra compañía? Sí ☐ No ☐			Si su respuesta fue afirmativa indique No. de Siniestro				
Compañía			Fecha de Reclamación Día Mes Año				
¿Actualmente tiene otro seguro? Sí ☐ No ☐		Compañía					
Fecha en que ocurrió el Accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad Día Mes Año		Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó:					
Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad Día Mes Año							
Indique el diagnóstico motivo de su reclamación							
Si es Accidente detállese. ¿Cómo y dónde fue?							
Autoridad que tomó conocimiento del Accidente (anexar copias del Ministerio Público)							
En caso de Accidente Automovilístico ¿Cuenta con seguro de automóvil? Sí ☐ No ☐		Nombre de la Compañía					
Cobertura	Suma Asegurada	No. de Póliza	Cía. del Tercero				
Hospital en que fue atendido		¿Estuvo hospitalizado? Sí ☐ No ☐	Días de Estancia				
¿Qué estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento?							

MÉDICO TRATANTE Y MÉDICOS CONSULTADOS

Nombre del Médico Tratante			Especialidad
Dirección			Teléfono y correo electrónico
Médicos que ha consultado en los últimos dos años.	Nombre / Especialidad	Causa / Fecha	Teléfono y correo electrónico

DOCUMENTOS A PRESENTAR:

1.Copia de la actuación del Ministerio Público o atención recibida de la institución (en caso de Accidente). **2**. Interpretación de estudios Radiológicos o de Gabinete. **3**.Copia de identificación oficial del Asegurado afectado (IFE, Pasaporte y en caso de menores de 5 años Acta de Nacimiento). **4**. Recibos de gastos que cuenten con los requisitos fiscales (quedarán sin validez copias, recibos provisionales, estados de cuenta, etc.). **5**. Por cada médico tratante se deberán llenar los informes médicos correspondientes y su participación en el evento.

Notas: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el siguiente cuestionario, invalida de toda responsabilidad a la institución.

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios y clínicas a los que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, para que proporcione toda la información que sea solicitada por AXA Seguros, S.A. de C.V., tales como resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi reclamación. En relación a lo anterior relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información, así mismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen la información de su conocimiento.

Este formato puede ser utilizado en original o copia.

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR	NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO	LUGAR Y FECHA

SE-020 • SEPTIEMBRE 2009