



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: ☐ Masculino ☐ 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 ☐ No ☐				
En caso afirmativo, describa el puesto:				Parentesco o vínculo:
2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con alguna sociedad o asociación? Sí ☐ No ☐ Especifique:				
3. ¿Actúa en nombre y cuenta propia? Sí ☐ No ☐		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 ☐ No ☐				
Nombre y porcentaje de participación:				



Tipo de solicitud			
☐ Reembolso de gastos médicos		☐ Carta de valoración	☐ Pago indemnizatorio
☐ AP Estudiante		☐ Maternidad	☐ Gasto médico menor
Facturas o recibos presentados para reembolso			
☐ Hospital		☐ Honorarios médicos	☐ Otro(s)
☐ Medicamentos		☐ Patología (biopsia)	Especifique:
Tipo de reclamación			
☐ Inicial	Siniestro:		Diagnóstico:
☐ 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 ☐ Dólar ☐ M.N. ☐ Otros
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
Total (a)			



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:					
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: _____					



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.	
Datos personales	
AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para el cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad. ☐ Autorizo el tratamiento y transferencia de mis datos personales patrimoniales y financieros, para efectos del cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad. ☐ Autorizo la publicación de mi diagnóstico en la carta respuesta.	
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 Autorizo que AXA trate mis datos personales sensibles y los transfiera a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio, para efectos del cumplimiento de las obligaciones derivadas del Contrato de Seguro. ☐ Sí acepto	
Firma del Asegurado:	
Autorizo que AXA, al inscribirme en alguno de los programas que incluye la Póliza de gastos médicos mayores, transfiera mis datos personales sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos, con la finalidad de ofrecerme los servicios de asistencia que me permitan dar seguimiento específico a mi padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y en su caso se me ofrezcan alternativas para el tratamiento de mi enfermedad. ☐ Sí acepto	
Firma del Asegurado:	☐ No acepto
Autorizo que AXA transfiera mis datos personales relativos a la siniestralidad de mi Póliza a mi agente o al broker. ☐ Sí acepto	
Firma del Asegurado:	☐ No acepto
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 nombre del Asegurado afectado, fecha de elaboración. • 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 3, col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México. • Los comprobantes de honorarios médicos, farmacias y enfermería así como cualquier otro que genere ISR a retener: facturar a nombre del Asegurado. • Identificación Oficial Vigente.	