

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	Cobertura
			<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 _____	<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	Fecha de nacimiento		País de nacimiento
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Día	Mes	Año
Nacionalidad		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				
Nota: es importante que nos proporcione los datos del asegurado afectado para poder informarle del estatus y seguimiento a su siniestro.				
Información presentada				
<input type="checkbox"/> Informe(s) médico(s) <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio		<input type="checkbox"/> Interpretación (radiografía, tomografía, ultrasonido, etc.) <input type="checkbox"/> Otro(s) Especifique _____		<input type="checkbox"/> Resultados de patología
Facturas o recibos presentados para reembolso				
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Medicamentos		<input type="checkbox"/> Honorarios médicos <input type="checkbox"/> Otro(s) Especifique _____		<input type="checkbox"/> Patología (biopsia)
Desglose de gastos reclamados por conceptos distintos a medicamentos				
No. de comprobante	Enfermedad o diagnóstico	Tratamiento (consulta, hospitalización, terapia, etc.)	Duración (días de hospitalización, no. de consultas o sesiones)	Importe total
1.				
2.				
3.				
4.				

Desglose de medicamentos reclamados

No. comprobante	Enfermedad o diagnóstico	Nombre de medicamento	Farmacia (razón social)	Importe total
			Total:	

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						No. Exterior	No. Interior	
Calle								
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 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? En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa
Sí No

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 No

Forma de pago

<input type="checkbox"/> Transferencia electrónica Banco _____ Clabe interbancaria _____	<input type="checkbox"/> Orden de pago
--	--

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.

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.**, pueda obtener una segunda opinión médica de su estado de salud?, con el objeto de proporcionarle el mejor diagnóstico para el tratamiento de su enfermedad, pudiendo para este fin transferir sus datos personales y sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero.

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 y farmacias, los cuales deben ser facturados a nombre del contratante o asegurado de la póliza.

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, de enfermería, farmacia o cualquier otra emitida por personas morales: a nombre de AXA Seguros, S.A. de C.V.: ASE931116231, Xola 535, piso 27, Del Valle, Benito Juárez, 03100, México, D.F.
- Los comprobantes con retención de ISR, como honorarios médicos: a nombre del asegurado. **Revisa tu guía del usuario para mayor detalle de documentos a entregar para coberturas como Maternidad y Gastos Funerarios.**

Llámanos sin costo
01 800 911 9999
axa.mx

