



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: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento:	Día	Mes Año
RFC (con Homoclave) o número de identificación fiscal en el extranjero:					
País de nacimiento:	Estado de nacimiento:	Nacionalidad(es):	Ocupación / Profesión:		
Domicilio: Calle:		No. exterior:	No. interior:	Colonia:	
Código postal:	Alcaldía o municipio:	Población o ciudad:		Estado y país:	
Correo electrónico:		Teléfono de contacto:		Teléfono de contacto:	
Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas					
Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral, hasta el segundo grado, es una Persona Políticamente Expuesta ¹ . <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indicar el nombre completo: Relación y puesto desempeñado:			En caso negativo en alguna de las siguientes preguntas, indicar el nombre completo y llenar el Formato Único. ¿Actúa en nombre y por cuenta propia?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre completo: _____		

¹ En caso de ser persona física, mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado o, en caso de ser persona moral, si dentro de la composición accionaria algún accionista, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, o bien ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos.



Tipo de solicitud			
<input type="checkbox"/> Reembolso de gastos médicos	<input type="checkbox"/> Carta de valoración	<input type="checkbox"/> Pago indemnizatorio	
<input type="checkbox"/> AP Estudiante	<input type="checkbox"/> Maternidad	<input type="checkbox"/> Gasto médico menor	
Facturas o recibos presentados para reembolso			
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Honorarios médicos	<input type="checkbox"/> Otro(s)	
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Patología (biopsia)	Especifique:	
Tipo de reclamación			
<input type="checkbox"/> Inicial	Siniestro:	Diagnóstico:	
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Dólar <input type="checkbox"/> M.N. <input type="checkbox"/> 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					
Tipo de Persona:					
<input type="checkbox"/> Persona Física		<input type="checkbox"/> Entidad, Sociedad y/o Dependencia		<input type="checkbox"/> Fideicomiso	
<input type="checkbox"/> Persona Moral		<input type="checkbox"/> Persona Física con actividad empresarial			
Nombre completo (como aparece en su identificación oficial) o razón social:					
<input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Contratante <input type="checkbox"/> Padre, Madre o Tutor <input type="checkbox"/> 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" u "Otro", completar los siguientes campos:					
Apellido paterno:		Apellido materno:		Nombre(s):	
Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento y/o constitución:	Día	Mes	Año
Estado de nacimiento y/o constitución:		Nacionalidad(es):		Ocupación / Profesión / Giro del negocio:	
RFC (con Homoclave) o número de identificación fiscal en el extranjero:				CURP:	
Domicilio: Calle:		No. exterior:	No. interior:	Colonia:	
Código postal:	Alcaldía o municipio:	Población o ciudad:		Estado y país:	
Número de serie de la FIEL (en caso de contar con ella): _____					
Correo electrónico:		Teléfono de contacto:		Teléfono de contacto:	



Estimado Asegurado, te informamos que solo emitimos pagos por transferencia electrónica	
Nombre(s) completo(s) de los apoderado(s) y/o representante(s) legal(es): _____	
Folio Mercantil (Personales Morales): _____	
Banco: _____	
Número de cuenta: _____	
CLABE interbancaria: _____	
Número de serie de la firma electrónica avanzada (en caso de contar con ella): _____	
Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas	
¿Dentro de la composición accionaria algún accionista (Personas Morales), su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado es una persona políticamente expuesta?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre completo de la persona que desempeña o desempeñó el cargo público: _____	
Relación y puesto desempeñado: _____	
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 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, piso3, 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.	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 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.		
<input type="checkbox"/> 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.		
<input type="checkbox"/> Sí acepto		<input type="checkbox"/> No acepto
Firma del Asegurado:		
Autorizo que AXA transfiera mis datos personales relativos a la siniestralidad de mi Póliza a mi agente o al broker.		
<input type="checkbox"/> Sí acepto		<input type="checkbox"/> No acepto
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.		
<ul style="list-style-type: none">• 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, piso3, 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.		