





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)			

AI - 344 • JUNIO 2021



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: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año
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](http://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.