



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: | | 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: |
| Número de Firma Electrónica Avanzada: | | | |
| 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo, describa el puesto: | | Parentesco o vínculo: | |
| 2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con alguna sociedad o asociación? Especifique: | | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Actúa en nombre y cuenta propia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Nombre y porcentaje de participación: | | | |



| Tipo de solicitud | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Reembolso de gastos médicos | | <input type="checkbox"/> Carta de valoración | <input type="checkbox"/> Pago indemnizatorio |
| 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: | |
| 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

Asegurado Contratante
 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, 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): 01 _____ | Tel. celular (con clave de ciudad): _____ |
|---------------------|---|--|

Transferencia electrónica Orden de pago

En caso de transferencia, indicar:

Banco: _____

Número de cuenta: _____

CLABE interbancaria: _____

AI - 344 • ENERO 2019



| | |
|--------------------------------|------------------------------|
| 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 6, Colonia Tlacoquemécatl, Delegación 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.

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 6, Col. Tlacoquemécatl, Del. 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.