



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.

Información general de la póliza									
No. de póliza		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectivo No. de certificado: _____			Tipo de reclamación <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: _____				
Número de empleado									
Datos del asegurado afectado					Información general				
Apellido paterno			Nombre(s)						
Edad	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	R.F.C.		
Correo electrónico del asegurado afectado o titular			Teléfono (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave			
			01			044			
Nota: es importante que nos proporcione los datos del asegurado afectado para poder informarle del estatus y seguimiento a su siniestro.									
En caso de que los datos del contrato sean diferentes al asegurado afectado									
Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s), en el orden que se muestra en cartula de la póliza o credencial del asegurado)									
Correo electrónico			Teléfono (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)			
			01			044			
Especifique cuál es la relación con el asegurado afectado									
<input type="checkbox"/> Asegurado titular <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Tercero (familiar, otro)									
Datos del contratante									
Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s)) o razón social									
Tipo de evento									
<input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Maternidad									
¿Qué estudios se le realizaron para confirmar el diagnóstico y/o tratamiento?									
Padecimiento: _____									
Hospital o proveedor que brinda la atención: _____									
Días de estancia en el hospital: _____									
¿Ha presentado gastos anteriores por el presente padecimiento en ésta u otra compañía? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
Compañía: _____									
Lugar (consultorio, hospital) donde recibió la primera atención del presente padecimiento: _____									
Fecha en que visitó por primera vez al médico por este padecimiento: _____ Fecha de diagnóstico: _____									
En caso de accidente, describa el lugar, cuándo y cómo ocurrió el evento, detallando qué provocó la lesión									

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., al inscribirlo en alguno de los programas que incluye su póliza de gastos médicos mayores, con la finalidad de ofrecerle los servicios de asistencia que le permitan dar seguimiento específico a su padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y en su caso se le ofrezcan alternativas para el tratamiento de su enfermedad; esté facultada para transferir sus datos personales y sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio?			
Sí acepto <input type="checkbox"/> Fecha y firma del asegurado _____ No acepto <input type="checkbox"/> Fecha y firma del asegurado _____			
Firma del asegurado afectado o representante legal		Firma del asegurado titular y/o contratante	
Aviso de accidente (en caso de accidente automovilístico)			
¿Cuenta con seguro de automóvil?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la compañía	
Cobertura	Suma asegurada	No. de póliza	Cla. del tercero
Días de estancia	¿Estuvo hospitalizado?	Hospital en que fue atendido	
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Qué estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento?			
Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias del Ministerio Público)			


Firmas
En caso de ser accidente automovilístico favor de completar información
Documentación a anexar a esta solicitud:

- Copia de tarjeta del seguro
- Informe médico (Medical brief o ER Record)