

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. A partir de la sección "Información médica" debe llenar el médico tratante.
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. Para programación de medicamentos debe entregarse cada 6 meses.

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 _____	
Tipo de programación			
<input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Otro Describir _____	Número de empleado	<input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Equipo especial	<input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Homeópatías <input type="checkbox"/> Estudios de gabinete <input type="checkbox"/> Medicamentos
Información general del asegurado y/o contratante			
Datos del asegurado afectado			
Apellido paterno		Apellido materno	
Nombre(s)		R.F.C.	
Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento Día Mes Año	
Correo electrónico del asegurado afectado o titular		Teléfono (con clave de ciudad) 01 _____	Tel. celular (con clave) 044 _____
Nota: es importante que nos proporcione los datos del asegurado afectado para poder informarlo del estatus y seguimiento a su siniestro.			
En caso de que los datos del contacto sean diferentes al asegurado afectado			
Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s), en el orden que se muestra en la carátula de póliza o credencial del asegurado)			
Correo electrónico		Teléfono (con clave de ciudad) 01 _____	Tel. celular (con clave de ciudad) 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)) / razón social			
Información médica (llenar por el médico tratante)			
Tipo de padecimiento			
<input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico			
Descripción del diagnóstico			
Diagnóstico(s), indicando la zona afectada y si es unilateral o bilateral			
Causa o etiología del padecimiento. En caso de accidente, describa cuándo y cómo ocurrió y el mecanismo de lesión			

Indicar el diagnóstico definitivo

Seleccionar tipo de programación para el tratamiento que se realizará

Datos generales del asegurado afectado

Razón social de la empresa



Fecha de los primeros síntomas	Fecha de diagnóstico	Fecha de inicio del tratamiento		
Estudios de laboratorio y gabinete que realizaron para confirmar el diagnóstico				
Tiene relación con otro padecimiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____				
Tratamiento médico y/o quirúrgico a realizar				
Estudios realizados que respaldan el procedimiento				
Fecha de programación del evento	Horario de ingreso del paciente	<input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> vespertino		
Maternidad				
Antecedentes ginecoobstétricos (número de partos, cesáreas, etc.):				
Programación de procedimientos quirúrgicos, tratamientos o estudios				
Sitio en el cual se realizará el procedimiento:				
<input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Gabinete <input type="checkbox"/> Otro Especifique: _____				
En caso de haber seleccionado hospital				
Indique el nombre del hospital				
Noches de estancia hospitalaria contempladas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> de 1 a 2 <input type="checkbox"/> de 2 a 3 <input type="checkbox"/> Más de 3				
Programación de medicamentos				
Nombre del medicamento	Cantidad	Dosis	Duración	Especifique la enfermedad o diagnóstico que corresponde
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

Indicar tipo de estudios realizados para corroborar el diagnóstico definitivo

Tipo de tratamiento o cirugía a realizar

Indicar el hospital donde se realizara la cirugía

Especificaciones del medicamento que se desea programar para el padecimiento



Programación de tratamiento			
Especificar tratamiento _____	Días _____	No. de sesiones _____	
Programación de sesiones de quimioterapia o radioterapia			
Medicamento _____	No. de sesiones _____	Dosis _____	Intervalo _____
Programación de sesiones de rehabilitación física			
Días _____	No. de sesiones _____		
Se requiere servicio de enfermería			
Días requeridos _____	<input type="checkbox"/> Matutino	<input type="checkbox"/> Vespertino	<input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> 24 horas
Información del Médico y/o proveedor			
Datos del médico tratante			
Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s)) _____		Médico en convenio: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Cédula profesional _____	Especialidad _____	Cédula de especialidad _____	
R.F.C. _____	Teléfono _____	Teléfono celular _____	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> Datos personales del médico tratante </div>
	01 _____	044 _____	
Correo electrónico _____			
<p>Nota: como médico tratante y de conformidad con la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares, he obtenido del paciente su autorización para transferir sus datos médicos, todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores a AXA Seguros, S.A. de C.V. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en este formato fue tomada directamente tanto del paciente asegurado o de los familiares responsables, en el caso de los menores o discapacitados, como del expediente clínico que obra en mi poder y cualquier declaración inexacta o falsa en este cuestionario ocasionará de toda responsabilidad a la aseguradora.</p>			
Datos personales			
<p>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 _____</p> <p>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 estampo su firma".</p> <p>SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Firma _____</p> <p>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.</p> <p>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.</p>			
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			
<p>¿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?</p>			
SI acepto <input type="checkbox"/> Fecha y firma del asegurado _____		No acepto <input type="checkbox"/> Fecha y firma del asegurado _____	
Firma del médico tratante	Firma del asegurado afectado o representante legal	Firma del asegurado titular y/o contratante	Lugar y fecha
_____	_____	_____	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> Firmas </div>

Documentación a anexar a esta solicitud:

- Copia de recetas médicas señalando nombre del asegurado afectado, fecha de elaboración, nombre del medicamento (presentación, dosis, frecuencia y tiempo de tratamiento).
- Copia de resultados de estudios que confirman el diagnóstico y/o respaldan el tratamiento indicado.