

Instrucciones

- Es necesario llenar el presente formato en su totalidad, sin dejar espacios en blanco. Utilice letra **de molde, legible y tinta negra**.
- Este documento es inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.
- 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.
- 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 _____
Información general			
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 de ciudad)	
		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 contacto sean diferentes al asegurado afectado			
Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s), en el orden que se muestra en carátula de la 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)) 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 el 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 Fecha y firma del asegurado _____

No acepto Fecha y firma del asegurado _____

Firma del asegurado afectado o representante legal	Firma del asegurado titular y/o contratante	Lugar y fecha

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	Cía. del tercero
Días de estancia	¿Estuvo hospitalizado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hospital en que fue atendido	
¿Qué estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento?			
Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias del Ministerio Público)			

Documentación a anexar a esta solicitud:

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