



Instrucciones:

- 1. Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el Asegurado con letra de molde.
2. Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formulario. La institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
4. Este documento no será valido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Motivo de la Reclamación

- Reembolso
Programación de Cirugía - Tratamiento
Pago Directo
Segunda Opinión Médica

Tipo de Reclamación

- Accidente
Embarazo
Enfermedad

Nombre o Razón Social del Contratante

No. de Póliza

Asegurado Titular (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))

R.F.C. o C.U.R.P.

Asegurado Afectado (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))

R.F.C. o C.U.R.P.

No. Certificado del Afectado

Fecha de Alta Día Mes Año

Nacionalidad

Fecha de Nacimiento

Sexo

Parentesco con el Titular

Correo electrónico

( Opcional )

Teléfono de Contacto

Cve. Lada ( )

Domicilio: Calle

No. Exterior

No. Interior

Colonia

C. P.

Estado

Delegación

Ocupación o Profesión

Lugar donde trabaja / empresa

Giro de la Empresa

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o Accidente en esta u otra compañía? Sí No Si su respuesta fue afirmativa indique No. de Siniestro

Compañía Fecha de Reclamación

¿Actualmente tiene otro seguro? Sí No Compañía

Tipo de Reclamación: Inicial Complementaria Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó:

Fecha en que ocurrió el Accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad. Día Mes Año

Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad. Día Mes Año

Indique el diagnóstico motivo de su reclamación:

Si es Accidente detállese. ¿Cómo y dónde fue?

Autoridad que tomó conocimiento del Accidente (anexar copias del Ministerio Público)

En caso de Accidente Automovilístico ¿Cuenta con seguro de automóvil? Sí No Nombre de la Cía.

Cobertura Suma Aseg. No. de Póliza Cía. del Tercero

Hospital en que fue atendido ¿Estuvo hospitalizado? Sí No Días de Estancia

¿Qué estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento?

Nombre del Médico Tratante Especialidad

Dirección Tel. y/o e-mail

Table with 4 columns: Médicos que ha consultado en los últimos dos años, Nombre / Especialidad, Causa / Fecha, Tel. y/o e-mail

Documentos a presentar:

- 1. Copia de la actuación del Ministerio Público o atención recibida de la institución (en caso de Accidente).
2. Interpretación de estudios Radiológicos o de Gabinete.
3. Copia de identificación oficial del Asegurado afectado (IFE, Pasaporte y en caso de menores de 5 años Acta de Nacimiento).
4. Recibos de gastos que cuenten con los requisitos fiscales (quedarán sin validez copias, recibos provisionales, estados de cuenta, etc.).
5. Por cada médico tratante se deberán llenar los informes médicos correspondientes y su participación en el evento.

Notas: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el siguiente cuestionario, invalida de toda responsabilidad a la institución. Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios y clínicas a los que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, para que proporcione toda la información que sea solicitada por AXA Seguros, S.A. de C.V., tales como resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi reclamación. En relación a lo anterior relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información, así mismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen la información de su conocimiento. La copia fotostática de esta autorización es tan válida como el original.

Nombre y Firma del Titular

Nombre y Firma del Afectado

Lugar y Fecha

Centro de Contacto 24 horas: Gastos Médicos: 51 69 27 27 • Lada sin costo: 01 800 466 1AXA • Lada sin costo EUA y Canadá: 18 88 29 37 221.

AXA Seguros, S.A. de C.V. - Periférico Sur 3325 Piso 11, San Jerónimo Aculco 10400 México, D.F.

Tels. 5169 1000 • 5169 2500 • 01 800 900 1AXA • www.axa.com.mx