



Instrucciones:

1. 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.
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. La recepción de este formato no obliga a AXA Seguros a admitir la procedencia de la reclamación, esta será evaluada conforme al Contrato de Seguro.
4. Es importante que nos proporcione los datos del Asegurado afectado para poder informarle del estatus y seguimiento a su siniestro.
5. Anexar los siguientes documentos para sustentar su solicitud: identificación oficial, informe médico (no mayor a 6 meses), copia de la Carátula de la Póliza.

Información general de la Póliza									
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: d e d e d e d e			País de nacimiento:			
Nacionalidad:			Ocupación / Profesión / Giro del negocio: yhytjyjukio0p0pñ0`p						
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):		
Datos de contacto del Asegurado afectado (en caso de ser el asegurado afectado menor de edad, por favor colocar los datos de contacto del tutor)									
Nombre completo									
Correo electrónico:				Teléfono (con clave de ciudad): 01			Tel. celular (con clave de ciudad):		
En caso de recibir apoyo de familiares o conocidos, es necesario llenar los siguientes datos de contacto									
Contacto 1									
¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado? <input type="checkbox"/> Familiar <input checked="" type="checkbox"/> Esposo(a) o cónyuge <input type="checkbox"/> Amigo o conocido <input type="checkbox"/> Agente									
Apellido paterno:			Apellido materno:				Nombre(s):		
Correo electrónico:				Teléfono (con clave de ciudad): 01			Tel. celular (con clave de ciudad):		



Contacto 2		
¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado?		
<input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Esposo(a) o cónyuge <input type="checkbox"/> Amigo o conocido <input type="checkbox"/> Agente		
Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):
Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad): 01	Tel. celular (con clave de ciudad):
Tipo de evento		
<input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Maternidad		
Motivo por el cual acudió a la atención médica (descripción de los síntomas):		
En caso de accidente, describa el lugar, cuándo y cómo ocurrió el evento, detallando qué provocó la lesión:		
Hospital, Clínica o Sanatorio que brinda la atención:		
Hospital, Clínica o Sanatorio donde recibió la primera atención del presente padecimiento:		
Fecha en que visitó por primera vez al médico por este padecimiento:		
Día Mes Año 		
¿Se ha tratado anteriormente por este padecimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
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.		
<input type="checkbox"/> Autorizo el tratamiento y transferencia de mis datos personales patrimoniales, 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.		
<input type="checkbox"/> Sí acepto		
Firma del Asegurado:		



Gastos Médicos Mayores Solicitud de Pago Directo

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.

<input type="checkbox"/> Sí acepto Firma del Asegurado:	<input checked="" type="checkbox"/> No acepto
---	---

Autorizo que AXA transfiera mis datos personales relativos a la siniestralidad de mi Póliza a mi agente o al broker.

<input type="checkbox"/> Sí acepto Firma del Asegurado:	<input type="checkbox"/> No acepto
---	------------------------------------

¿Cuenta con seguro de automóvil? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la compañía:
---	------------------------

Suma Asegurada:	No. de Póliza:
-----------------	----------------

Firma del Asegurado afectado o representante legal		Lugar y fecha