

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. Este documento no será válido 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
 Inicial Complementaria Accidente Embarazo Enfermedad

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA Y DEL ASEGURADO

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	Día	Mes	Año	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Parentesco con el Titular	Teléfono y Lada	Teléfono celular
Domicilio Calle		No. Exterior	No. Interior	Colonia			
C. P.	Estado	Delegación	Ocupación o Profesión	Correo electrónico			
Nombre del lugar de trabajo			Giro de la Empresa				
¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o Accidente en esta u otra compañía? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si su respuesta fue afirmativa indique No. de Siniestro				
Compañía		Fecha de Reclamación		Día	Mes	Año	
¿Actualmente tiene otro seguro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Compañía					
Fecha en que ocurrió el Accidente o aparición de los primeros síntomas de la Enfermedad		Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó:					
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 detalle. ¿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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre de la Compañía					
Cobertura	Suma Asegurada	No. de Póliza		Cía. del Tercero			
Hospital en que fue atendido		¿Estuvo hospitalizado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Días de Estancia			
¿Qué estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento?							

MÉDICO TRATANTE Y MÉDICOS CONSULTADOS

Nombre del Médico Tratante		Especialidad	Teléfono
Dirección		Correo electrónico	
Médicos que ha consultado en los últimos dos años.			
Nombre / Especialidad	Causa / Fecha	Teléfono y correo electrónico	

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 a su participación en el evento.
Aviso: El llenado de este formato, no obliga a la institución a admitir la reclamación como procedente, reservándose sus derechos estipulados en Condiciones Generales. Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el siguiente cuestionario, invalida de toda responsabilidad a la institución. Este formato puede ser utilizado en original o copia.
Nota: Bajo protesta de decir verdad manifiesto que los datos proporcionados en este cuestionario son verdaderos.
 Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los Hospitales, Sanatorios y clínicas a los que haya ingresado para algún 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.

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR	NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO	LUGAR Y FECHA