



Solicitud de reembolso de Gastos Médicos Mayores Inicial

Pasos a seguir

- Este formato debe ser llenado y firmado en su totalidad por el asegurado, con letra de molde.
- Los documentos a entregar son:
 - Informe médico por enfermedad o accidente de cada médico tratante.
 - Identificación oficial del beneficiario del pago.
 - Copia de los estudios de laboratorio y/o gabinete o interpretación, cuando se hayan realizado.
 - Recetas médicas para el reembolso de medicamentos.
 - Originales de facturas y recibos de honorarios a reembolsar.
 - Comprobante de domicilio no mayor a tres meses de antigüedad, en caso de no coincidir el domicilio actual con la identificación del IFE.
 - Para el pago por transferencia electrónica, deberá proporcionar en este formato el nombre del banco, plaza, sucursal, cuenta y clave interbancaria para el depósito de su reembolso o ingresar copia del estado de cuenta o consulta interbancaria (única ocasión), considerando únicamente como beneficiarios del pago a los asegurados que se encuentren registrados dentro de la póliza.
- A excepción de los recibos de honorarios médicos, enfermería y/o farmacias, los cuales deben ser facturados a nombre del contratante o Asegurado de la póliza, los comprobantes originales de gastos deben estar a nombre de **AXA Seguros, S.A. de C.V.**, con R.F.C. ASE931116231, domicilio fiscal en Xola 535, piso 27, colonia del Valle, delegación Benito Juárez, C.P. 03100, México, D.F.
- Pólizas de colectivo. En caso de ser procedente la reclamación, el titular de la póliza está de acuerdo en que el pago de la reclamación se llevará a cabo mediante la transferencia electrónica a la cuenta bancaria del titular proporcionada por el contratante para la emisión de la póliza.

Datos del paciente

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno					CURP o R.F.C.				
Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Parentesco con el titular		
No. póliza	No. certificado del paciente				Fecha de alta		Día	Mes	Año
Nombre o razón social del contratante									

Causa de la reclamación

Accidente
 Embarazo
 Enfermedad
 Gastos funerarios
 Renta diaria
 Muerte accidental
 Protección efectiva
 Actualización de información del pago

Antecedentes

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en ésta u otra compañía? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, indique el número de siniestro _____ Compañía _____

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

Indique el tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó _____

Fecha en que visitó al médico por esta enfermedad _____ Día _____ Mes _____ Año _____ Indique el diagnóstico motivo de su reclamación _____

¿Estuvo hospitalizado? Sí No Hospital en el que fue atendido _____ Días de estancia desde _____ Día _____ Mes _____ Año _____ hasta _____ Día _____ Mes _____ Año _____

¿Actualmente tiene otro seguro de gastos médicos? Sí No Compañía _____

Si es un 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 auto? Sí No Nombre de la compañía _____

Cobertura _____ Suma asegurada _____ No. de póliza _____ Compañía del tercero _____

Documentación adjunta

Informe médico del(os) Dr.(es) tratante(s) y/o consultado(s)

Dr.(a) _____ Especialidad _____ No. cédula _____

Dr.(a) _____ Especialidad _____ No. cédula _____

Historia(s) clínica(s)

Resultados de los siguientes estudios:

Orina Sangre Imagenología (radiografía, tomografía, ultrasonido, etc) Otros (especifique) _____

Contacto por el cual entrega la documentación a AXA:

Titular Afectado Agente Tercero Teléfono: 01 _____ Correo electrónico: _____

Contacto por el cual desea recibir nuestra respuesta:

Titular Afectado Agente Tercero Teléfono: 01 _____ Correo electrónico: _____

Documentación adjunta (Continuación)

Comprobantes de pago:

Número de recibo	R.F.C.	Monto	Número de recibo	R.F.C.	Monto
1.		\$	8.		\$
2.		\$	9.		\$
3.		\$	10.		\$
4.		\$	11.		\$
5.		\$	12.		\$
6.		\$	13.		\$
7.		\$	14.		\$

Datos del beneficiario del pago

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno _____ CURP o R.F.C. _____

Fecha de nacimiento Día Mes Año _____ Parentesco con el titular _____ Nacionalidad Mexicana Extranjera

Tel. particular 01 _____ Tel. oficina 01 _____ Tel. celular _____ Correo electrónico _____

Domicilio
 Calle No. Colonia Código postal Delegación o municipio
 Ciudad Estado País Actividad o giro del negocio

Ocupación/profesión del Asegurado a la fecha del siniestro _____

Desea recibir por mensaje SMS su respuesta (sólo aplica con Telefónica Movistar o Telcel)

Llenar estos datos en caso de ser extranjero

Domicilio
 Calle No. Colonia Código postal Delegación o municipio
 Ciudad Estado País Teléfono

Opción de pago

Transferencia electrónica Orden de pago Banco Plaza Sucursal

Número de cuenta _____ Clabe interbancaria (Utilizada para cuentas en México/18 dígitos numéricos) _____

Notas importantes: El asegurado declara bajo protesta de decir verdad que la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, por lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad a esta compañía por los pagos/depositos, que a favor de dichas cuentas ésta efectúe. La recepción de esta solicitud de reembolso no obliga a la aseguradora al pago de la indemnización solicitada, por lo cual no queda obligada a determinar como procedente la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza de seguro. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y lo declarado en esta solicitud formará parte del expediente médico del asegurado. En caso de transferencia electrónica se tomarán los datos presentados en la reclamación inicial. Una vez determinada la procedencia de la reclamación queda expresamente convenido que al recibir el pago como indemnización por el medio indicado, el beneficiario del seguro otorgara a favor de el más amplio finiquito que en derecho procedan o reservando acción o derecho que ejercitar en contra de la compañía, sea de naturaleza, civil, penal, mercantil o de cualquier otra índole, con motivo del siniestro que fue materia de reclamación presentada bajo el amparo de la póliza de seguro contratada.

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.

El llenado de este formato no obliga a la institución a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes.

Firma del beneficiario del pago	Lugar y fecha de la reclamación

Artículo 140 Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

Para ser llenado por el beneficiario del pago

Exclusivo para personas físicas.

1. Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado desempeñan funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales, funcionarios o miembro de partidos políticos. Sí No

En caso afirmativo, describa el puesto _____ Parentesco o vínculo _____

2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con alguna sociedad o asociación? Sí No

Especifique: _____

3. ¿Actúa en nombre y cuenta propia? En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa
 Sí No

Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación _____ Parentesco o vínculo con usted _____

4. ¿Es accionista o socio de alguna sociedad o asociación? Nombre y porcentaje de participación Firma
 Sí No