



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 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		Correo electrónico		Teléfono y Lada	Teléfono celular
Domicilio Calle					No. Exterior		No. Interior		Colonia			
C. P.		Estado		Delegación			Ocupación o Profesión					
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				Día	Mes	Año		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 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 <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					
Dirección						Teléfono y correo electrónico					
Médicos que ha consultado en los últimos dos años.	Nombre / Especialidad					Causa / Fecha				Teléfono y correo electrónico	



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 válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

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. Este formato puede ser utilizado en original o copia.

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