



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:	Día	Mes	Año
Nacionalidad:		Ocupación / Profesión / Giro del negocio:			
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 type="checkbox"/> Espos(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 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

Enfermedad Accidente 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? Sí 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.

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.

Sí acepto

Firma del Asegurado:



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 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 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