

Instrucciones

1. Este formato debe ser llenado por el titular o asegurado de la póliza.
2. Con este documento usted está dando conocimiento a AXA Seguros, S.A. de C.V. de la ocurrencia de su siniestro, de conformidad con el artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro y que, de solicitar el pago directo de honorarios médicos, usted o el paciente eligió al médico de convenio de pago directo por su libre voluntad.
3. Cualquier falsa declaración puede ser causa de la rescisión de su contrato de seguro.
4. Dependiendo el procedimiento interno del hospital, debe entregar este formato al personal de urgencias, admisiones del hospital o a un representante de AXA Seguros en el módulo hospitalario. Si desea utilizar el servicio de programación de cirugía, también puede acudir a las ventanillas integrales de atención de AXA más cercana.
5. El llenado de este formato, no obliga a la Compañía a admitir la reclamación como procedente, reservándose sus derechos estipulados en condiciones generales.

Indique el trámite que desea

- Programación de cirugía
 Pago directo (hospitalización o urgencias)
 Segunda opinión médica (sólo pólizas individuales)

Información general del paciente y su póliza

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno		Fecha de solicitud		
		Día	Mes	Año
C.U.R.P.	R.F.C.	Póliza		
Certificado	Profesión u ocupación	Correo electrónico		
Teléfono	¿Actualmente tiene otro seguro de gastos médicos?			
01	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aseguradora			

Antecedentes con otras aseguradoras

¿Ha presentado gastos anteriores por esta enfermedad o accidente en otra compañía?	Fecha de reclamación
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aseguradora	Día Mes Año

Indique el diagnóstico de su reclamación
Causa de la reclamación

<input type="checkbox"/> Accidente	Fecha en que ocurrió	Día	Mes	Año	Describa cómo y dónde ocurrió
<input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo	Fecha de los primeros síntomas	Día	Mes	Año	Indique los principales síntomas
Fecha en que visitó al médico por primera vez por esta causa					Día Mes Año
¿Ha reclamado alguna de estas causas anteriormente a AXA?					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? Describa _____					

Indique el nombre del médico tratante y otros médicos que han atendido al paciente fuera o dentro del hospital

Nombre	Especialidad
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Consentimiento: 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, asimismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen la información de su conocimiento.

Nota importante: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario que funge también como aviso, releva de toda responsabilidad a la Institución. 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.

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.

Firma del paciente o titular de la póliza
Lugar y fecha

--	--

Ayúdenos a servirle mejor

Tips de Servicio

Estimado Asegurado:

En AXA queremos proporcionarle los siguientes consejos con el fin de facilitarle el manejo de su siniestro:

Al ingresar al hospital

- No dude en preguntar a nuestros asesores del módulo o del centro de atención telefónica (01 800 911 9999), los conceptos que son a cargo de usted, tales como: deducible, coaseguro y gastos no cubiertos por su póliza.
- De contar con una póliza individual, es importante atenderse en el nivel hospitalario que le corresponde. Además, verifique que en su factura el coaseguro no rebase el tope de coaseguro que usted contrató.

Al salir del hospital

- Los módulos hospitalarios o las ventanillas integrales de atención de AXA le podrán ayudar si requiere programar una cirugía o tratamiento médico como quimioterapias, radioterapias, entre otros.
- Nuestros módulos hospitalarios están para brindarle servicio y asesoría aunque usted haya sido dado de alta y si requiere formatos, ahí se los pueden proporcionar.
- El personal de AXA no le solicitará datos específicos de su tarjeta bancaria durante o después de su estancia en el hospital.
- Tome en cuenta que en el reembolso de sus gastos, se aplicará el coaseguro que usted contrató en su póliza dependiendo si su atención médica o compra fue con nuestros prestadores en convenio para pago directo.

Reembolso de Gastos Médicos

Cómo tramitar un reembolso después de que AXA cubrió su gasto hospitalario

1. Usted o su agente acudan a la Ventanilla Integral de Atención ubicada en las oficinas de AXA. Consulte la ubicación de nuestras oficinas en www.axa.mx
2. Llene su Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos Complementaria y anexe los siguientes documentos:
 - Copia de estudios de laboratorio o interpretación.
 - Copia de recetas médicas, si gastó en medicamentos.
 - Factura y recibos originales.
 - Comprobante de domicilio no mayor a tres meses de antigüedad.
 - Identificación oficial del beneficiario del pago y estado de cuenta de bancario reciente.

Facture los recibos de honorarios médicos, enfermería y farmacias a su nombre o del contratante. Cualquier otro gasto debe estar a nombre de AXA Seguros S.A. de C.V.: ASE9311162231, Xola 535 piso 27, Del Valle, Benito Juárez, D.F., 03100

Para reembolsos posteriores, solicite y llene una Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos Mayores Complementaria.

Es muy importante que comparta esta información con sus familiares.

En AXA queremos que se sienta acompañado todos los días, por ello ponemos a su disposición la línea de nuestro centro de atención telefónica: **01 800 911 9999**.

AXA desea su pronta recuperación.