

**Instrucciones**

1. Es necesario llenar el presente formato en su totalidad, sin dejar espacios en blanco. Utilice letra **de molde, legible y tinta negra**.
2. Este documento es inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.
3. 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. A partir de la sección "Información médica" debe llenar el médico tratante.
4. La recepción de este formato no obliga a AXA Seguros a admitir la procedencia de la reclamación, ésta será evaluada conforme al contrato de seguro.
5. Para programación de medicamentos debe entregarse cada 6 meses.

Información general de la póliza									
No. de póliza		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectivo			No. de certificado _____ Tipo de reclamación <input type="checkbox"/> Inicial (Cuando es la primera vez que se presentan gastos por este evento) <input type="checkbox"/> Complementario (Cuando ya se han presentado gastos por este evento) No. de siniestro _____				
Tipo de programación									
<input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Estudios de alta especialidad		<input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Equipo especial		<input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Hemodiálisis		<input type="checkbox"/> Estudios de gabinete <input type="checkbox"/> Medicamentos	
Describir _____									
Información general del asegurado y/o contratante									
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	R.F.C.		
Correo electrónico del asegurado afectado o titular			Teléfono (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)			
			01			044			
Nota: es importante que nos proporcione los datos del asegurado afectado para poder informarle del estatus y seguimiento a su siniestro.									
En caso de que los datos del contacto sean diferentes al asegurado afectado									
Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s), en el orden que se muestra en la carátula de póliza o credencial del asegurado)									
Correo electrónico			Teléfono (con clave de ciudad)			Tel. celular (con clave de ciudad)			
			01			044			
Especifique cuál es la relación con el asegurado afectado									
Datos del contratante									
Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s)) / razón social									
Información médica (llenar por el médico tratante)									
Descripción del diagnóstico									
Diagnóstico(s), indicando si es unilateral o bilateral									
Causa o etiología del padecimiento									
Fecha de los primeros síntomas			Fecha de diagnóstico			Fecha de inicio del tratamiento			
Estudios de laboratorio y gabinete que realizaron para confirmar el diagnóstico									
Tiene relación con otro padecimiento Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____									
Tratamiento médico y/o quirúrgico a realizar									
Estudios realizados que respaldan el procedimiento									
Fecha de programación del evento			Horario de ingreso del paciente			<input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino			

Programación de procedimientos quirúrgicos, tratamientos o estudios

Sitio en el cual se realizará el procedimiento:

☐ Consultorio
 ☐ Hospital
 ☐ Gabinete
 ☐ Otro
 Especifique: _____
En caso de haber seleccionado hospital

Indique el nombre del hospital _____

 Noches de estancia hospitalaria contempladas
 ☐ Ninguna
 ☐ de 1 a 2
 ☐ 2 a 3
 ☐ Más 3
Programación de medicamentos

Enfermedad o diagnóstico	Nombre del medicamento	Cantidad	Dosis	Duración
1.				
2.				
3.				

Programación de tratamiento

Especificar tratamiento _____ Días _____ No. de sesiones _____

Programación de sesiones de quimioterapia o radioterapia

Medicamento _____ No. de sesiones _____ Dosis _____ Intervalo _____

Programación de sesiones de rehabilitación física

Días _____ No. de sesiones _____

Se requiere servicio de enfermería
 Días requeridos _____
 ☐ Matutino
 ☐ Vespertino
 ☐ Nocturno
 ☐ 24 horas
Datos personales
 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 _____

 Asimismo autorizo que en caso de siniestros AXA comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible con mi agente de seguros. "En caso de que usted no acepte, favor de anular ambas casillas y **no estampe su firma**".

Sí _____ No _____ Firma _____

 El tratamiento de los datos personales en **AXA Seguros, S.A. de C.V.**, se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet axa.mx, en la sección aviso de privacidad.

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

Información del Médico y/o proveedor**Datos del médico tratante**

Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s))		Médico en convenio	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cédula profesional	Especialidad	Cédula de especialidad		
R.F.C.	Teléfono	Teléfono celular		
	01	044		
Correo electrónico				

Nota: como médico tratante y de conformidad con la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares, he obtenido del paciente su autorización para transferir sus datos médicos, todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores a AXA Seguros, S.A. de C.V. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en este formato fue tomada directamente tanto del paciente asegurado o de los familiares responsables, en el caso de los menores o discapacitados, como del expediente clínico que obra en mi poder y cualquier declaración inexacta o falsa en este cuestionario exentará de toda responsabilidad a la aseguradora.

Firma del médico tratante	Firma del asegurado afectado o representante legal	Firma del asegurado titular y/o contratante	Lugar y fecha

Documentación a anexar a esta solicitud:

- ☐ Informe médico, por cada siniestro o padecimiento ocurrido.
☐ Copia de recetas médicas señalando nombre del asegurado afectado, fecha de elaboración, nombre del medicamento (presentación, dosis, frecuencia y tiempo de tratamiento).

Revisa tu guía del usuario para mayor detalle de documentos a entregar para coberturas como Maternidad.