

Contractor: Nombre o Razón Social del contratante		Policy No.: Núm. de Póliza		Certificate No. Núm. de Certificado	
Insurance Holder: Nombre del Titular			Relative to insurance holder: Nombre del Titular		
Patient's Name: Nombre del paciente		Insured Since: M M D D Y Y Y Y Asegurado desde		Gender: <input type="checkbox"/> Male Masculino <input type="checkbox"/> Female Femenino	
E-mail: Correo Electrónico		Telephone: () Teléfono:		Occupation: Ocupación	
DOB: M M D D Y Y Y Y Fecha de Nacimiento		Address: Dirección:			
Claim Cause: <input type="checkbox"/> Illness Enfermedad <input type="checkbox"/> Accident Accidente <input type="checkbox"/> Pregnancy Embarazo		Type of claim: <input type="checkbox"/> Initial Inicial <input type="checkbox"/> Complement Complemento			
Have you had other health insurance services for this situation? ¿Usted ha recibido cobertura de gastos médicos de alguna otra compañía por este evento? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Claim #: Siniestro #:		Company: Compañía	
Date of claim: M M D D Y Y Y Y Fecha de reclamación:		Date of the first consultation for this event: M M D D Y Y Y Y Fecha primera consulta por esta enfermedad			
Date of the accident or when the first symptoms appeared: M M D D Y Y Y Y Fecha del accidente o de la aparición de los primeros síntomas		Diagnosis: Diagnóstico			
Mention the symptoms that you had: Indique los síntomas que presentó					
If it was an accident, please detail how and where does it happened? Si fue un accidente, describa cómo y dónde sucedió					
Authority that had knowledge of this case: Autoridad que tuvo conocimiento del caso:					
In case of motor vehicle accident, do you have automobile insurance? En caso de accidente automovilístico, tiene seguro de auto? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Insurance's name: Nombre de la aseguradora			
Policy #: Número de póliza		Third party involved insurance's name Nombre de la aseguradora del tercero involucrado			
Were you hospitalized? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Days # Número de días		Hospital's Name Nombre del Hospital	
Physician's Name: Nombre del Médico tratante				Specialty: Especialidad	
Address: Dirección:		Telephone: () Teléfono:		E-mail: Correo Electrónico	

Medical Information Release Form: I, _____, give my express to provide to AXA Seguros, S.A. de C.V. or to their authorized representative, to use all my personal and medical information and registration or any information regarding myself, including, but not limited under medical advisory, management or therapeutics granted to me as a patient, as part of the international services of AXA Seguros, S.A. de C.V. I understand that the information and records could be used by AXA Seguros, S.A. de C.V. (or its representative) with the purpose of case management from the insurance company, related to the diseases that I have been treated; this information must include the present condition of the patient, his need, and the evaluation for the use of any alternative treatments, which have to be approved by the patient (or his representative) and the provider of the treatment. I also understand that the information mentioned above could be shared with the policy holder, and the client previously mentioned during the case management. This information and record could not be granted to any other person or entity, unless it is required by law (or by written authorization). I understand that I am entitled to obtain a copy of this authorization, and I agree that the photostatic copy is good as the original.

Yo, _____, doy mi autorización para que AXA Seguros, S.A. de C.V., o en su caso, su representante autorizado, haga uso de toda la información personal, médica, hospitalaria, registros de empleo e información concerniente a mi persona, incluyendo, pero no limitando bajo aviso médico, manejo o terapéutica brindada como paciente, el cual es cliente de los servicios internacionales de AXA Seguros, S.A. de C.V. Entendiendo que dichos registros e información podrá ser utilizada por AXA Seguros, S.A. de C.V. (o su representante) con el propósito de que se brinde el manejo del caso por parte de la compañía en relación con los padecimientos por los que se me ha estado tratando; dicha información, tendrá que describir la condición actual del paciente y sus necesidades y la evaluación de manejos alternativos de cualquier tratamiento, el cual deberá ser aprobado por el paciente (o su representante) y el proveedor de dicho manejo. Además entiendo que la información antes mencionada, podrá ser compartida con el titular de la póliza, y el asegurado mencionado anteriormente, durante el curso de la administración del caso. Sin embargo, estos registros e información no podrá ser brindada a cualquier otra persona o entidad, a menos que se requiera por ley (o autorización por escrito). Entiendo que tengo derecho a obtener una copia de esta autorización y estoy de acuerdo que la copia fotostática de este documento es tan válida como la original.

Holder's Name / Signature authorization Nombre / Firma del titular de póliza		Patient's Name / Signature Nombre / Firma del paciente		Dated in: Fecha	
--	--	--	--	---------------------------	--