



Instrucciones:

- Este formato debe ser llenado y firmado en su totalidad y con letra de molde por el Asegurado.
- Los documentos a entregar son:
  - \* Aviso de Accidente o Enfermedad (sólo en siniestro inicial).
  - \* Informe Médico (sólo en siniestro inicial).
  - \* Identificación oficial del beneficiario del pago.
  - \* Copia de los estudios de laboratorio o interpretación cuando se cuente con ellos.
  - \* Recetas médicas para el reembolso de medicamentos.
  - \* Originales de facturas y recibos de honorarios.
  - \* Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de antigüedad, en caso de no coincidir el domicilio actual con la identificación del IFE.
- Solicitamos que los comprobantes originales de gastos sean expedidos a nombre de AXA Seguros, S.A. de C.V., con R.F.C. ASE931116231, domicilio fiscal en Periférico Sur No. 3325, Piso 11, Colonia San Jerónimo Aculco, Delegación Magdalena Contreras, C.P. 10400, en México, D.F., a excepción de los recibos de honorarios médicos y/o enfermería y farmacias, los cuales deberán ser facturados a nombre del reclamante. Lo anterior no implica que se asuma la obligación de pago por la compañía de gastos no procedentes.
- Pólizas de Grupo.** En caso de ser procedente la reclamación, el Titular de la Póliza está de acuerdo en que el pago de la reclamación se llevará a cabo mediante la transferencia electrónica a la cuenta bancaria proporcionada por el contratante para la emisión de la Póliza.
- Pólizas Individuales y/o de Grupo.** En caso de ser procedente la reclamación y se haya elegido la forma de pago por transferencia electrónica, el interesado está de acuerdo en que el pago de la reclamación se llevará a cabo mediante la transferencia electrónica a la cuenta bancaria proporcionada en el Estado de Cuenta Bancario o la consulta de clabe Interbancaria, correspondiente al Beneficiario del pago y anexo a este formato, incluyendo los datos de correo electrónico, teléfono, sucursal y plaza en caso de que no sea visible en la consulta de clabe Interbancaria.

Datos del Beneficiario del pago

Pago a favor de: \_\_\_\_\_

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ No. Ext. \_\_\_\_\_ No. Int. \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Delegación \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ año / mes / día Correo electrónico: \_\_\_\_\_

R.F.C.: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Ocupación o Profesión: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Elija una opción de pago:  Transferencia Electrónica  Orden de Pago

Datos de la Póliza

Referencia Póliza Número \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Nombre del Contratante \_\_\_\_\_ Certificado \_\_\_\_\_

Se solicita el reembolso de los gastos efectuados por la atención médica de:

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_

Ha presentado reclamaciones adicionales por este evento? Sí  No  Número Siniestro \_\_\_\_\_

A causa de \_\_\_\_\_

Se anexa la siguiente documentación original:

1) Aviso de accidente y/o enfermedad Sí  No

2) Informe médico del(os) Dr.(es) Sí  No

Dr.(a) \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

Dr.(a) \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

Dr.(a) \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

Dr.(a) \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

3) Historia(s) Clínica(s) Sí  No

4) Resultados de los siguientes estudios de laboratorio y gabinete (señale los presentados)

Orina  Excremento  Sangre  Radiografías  Ultrasonido  Tomografía

Resonancia Magnética  Urografía  Electrocardiograma  Electroencefalograma  Histopatología

Otros. Especifique \_\_\_\_\_

5) Relación de comprobantes:

| No. de recibo | Nombre | Monto | No. de recibo | Nombre | Monto           |
|---------------|--------|-------|---------------|--------|-----------------|
|               |        | \$    | 8             |        |                 |
|               |        | \$    | 9             |        | \$              |
|               |        | \$    | 10            |        |                 |
|               |        | \$    | 11            |        |                 |
|               |        | \$    | 12            |        | \$              |
|               |        | \$    | 13            |        |                 |
|               |        | \$    | 14            |        |                 |
|               |        |       |               |        | <b>Total \$</b> |

Conducto por el cual entrega documentación a AXA:

Titular  Afectado  Agente

Tercero

Teléfono:

Conducto por el cual desea recibir su respuesta:

Titular  Afectado  Agente

Tercero

Teléfono:

Observaciones:

**Artículo 140 (LGISMS)**

Para ser llenado por el Beneficiario del pago

Exclusivo para personas físicas.

Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado desempeñan funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales, funcionarios o miembros de partidos políticos. Sí  No

En caso afirmativo describa el puesto \_\_\_\_\_ Parentesco o vínculo

Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociaciones? No  
Especifique: \_\_\_\_\_

Para el trámite de esta reclamación ¿Actúa en nombre y cuenta propia? Sí No

En caso negativo. Mencione el nombre del tercero por el cual actúa:

Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación:

Parentesco o vínculo con usted:

3.- ¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? Sí No

4.- Nombre \_\_\_\_\_ Porcentaje de participación:

Atentamente

Nombre y firma del reclamante

Lugar donde se presenta la reclamación

Centro de Contacto 24 horas:

Gastos Médicos

51 69 27 27

Lada sin costo

01 800 900 1AXA

Lada sin costo EUA y Canadá

18 88 29 37 221

La institución de seguros procederá al pago de los gastos médicos que se encuentren cubiertos en el contrato de seguro celebrado con esta institución a la procedencia de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la ley, ni expresamente conviniendo que al recibir el abono como indemnización por el medio indicado, el beneficiario del seguro o la AXA Seguros, S.A. de C.V., el más amplio finiquito que en derecho proceda no reservando acción o derecho que ejercitar en contra de la Aseguradora de naturaleza civil, penal, mercantil o de cualquier otra índole, con motivo del siniestro que fue materia de la reclamación presentada de la póliza número \_\_\_\_\_