



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"/> 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):	



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