

**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.
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**.

| Información general de la póliza  |   |  |     |  |     |
|---|---|--|-----|--|-----|
| No. de póliza   |   | <input type="checkbox"/> Individual<br><input type="checkbox"/> Colectivo No. de certificado _____ |     | Tipo de reclamación<br><input type="checkbox"/> Inicial (cuando es la primera vez que se presentan gastos por este evento)<br><input type="checkbox"/> Complementario (cuando ya se han presentado gastos por este evento)<br>No. de siniestro _____ |     |
| Información general   |   |  |     |  |     |
| Datos del asegurado afectado  |   |  |     |  |     |
| Apellido paterno  |   | Apellido materno   |     | Nombre(s)  |     |
| Edad  | Sexo<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino | Fecha de nacimiento  | Día | Mes  | Año |
| Correo electrónico del asegurado afectado o titular   |   | Teléfono (con clave de ciudad)   |     | Tel. celular (con clave de ciudad)   |     |
|   |   | 01   |     | 044  |     |
| <b>Nota: es importante que nos proporcione los datos del asegurado afectado para poder informarle del estatus y seguimiento a su siniestro.</b>   |   |  |     |  |     |
| 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 carátula de la 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   |   |  |     |  |     |
| <input type="checkbox"/> Asegurado titular <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Tercero (familiar, otro)                      |   |  |     |  |     |
| Datos del contratante   |   |  |     |  |     |
| Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s)) o razón social   |   |  |     |  |     |
| Tipo de evento  |   |  |     |  |     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Maternidad  |   |  |     |  |     |
| ¿Qué estudios se le realizaron para confirmar el diagnóstico y/o tratamiento?   |   |  |     |  |     |
| Padecimiento _____  |   |  |     |  |     |
| Hospital o proveedor que brinda la atención _____   |   |  |     |  |     |
| Días de estancia en el hospital: _____  |   |  |     |  |     |
| ¿Ha presentado gastos anteriores por el presente padecimiento en ésta u otra compañía?    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |   |  |     |  |     |
| Compañía _____  |   |  |     |  |     |
| Lugar (consultorio, hospital) donde recibió la primera atención del presente padecimiento _____   |   |  |     |  |     |
| Fecha en que visitó por primera vez el médico por este padecimiento _____ Fecha de diagnóstico _____  |   |  |     |  |     |
| En caso de accidente, describa el lugar, cuándo y cómo ocurrió el evento, detallando qué provocó la lesión _____                                  |   |  |     |  |     |
| _____   |   |  |     |  |     |
| _____   |   |  |     |  |     |
| _____   |   |  |     |  |     |
| _____   |   |  |     |  |     |
| _____   |   |  |     |  |     |
| _____   |   |  |     |  |     |
| _____   |   |  |     |  |     |

**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](http://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.

**Transferencia de datos a terceros**

**Para ser llenado por el asegurado afectado, o en su defecto los padres o tutores en caso de ser menor de edad**

¿Autoriza que AXA Seguros S.A. de C.V., al inscribirlo en alguno de los programas que incluye su póliza de gastos médicos mayores, con la finalidad de ofrecerle los servicios de asistencia que le permitan dar seguimiento específico a su padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y en su caso se le ofrezcan alternativas para el tratamientos de su enfermedad; esté facultada para transferir sus datos personales y sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio?

Sí acepto  Fecha y firma del asegurado \_\_\_\_\_

No acepto  Fecha y firma del asegurado \_\_\_\_\_

| Firma del asegurado afectado o representante legal | Firma del asegurado titular y/o contratante | Lugar y fecha |
|--|---|---------------|
|  |   |               |

**Aviso de accidente (en caso de accidente automovilístico)**

|  |   |                              |                  |
|--|---|------------------------------|------------------|
| ¿Cuenta con seguro de automóvil?   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                           | Nombre de la compañía        |                  |
| Cobertura  | Suma asegurada  | No. de póliza                | Cía. del tercero |
| Días de estancia   | ¿Estuvo hospitalizado?<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Hospital en que fue atendido |                  |
| ¿Qué estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento?                  |   |                              |                  |
| Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias del Ministerio Público) |   |                              |                  |

**Documentación a anexar a esta solicitud:**

- Copia de tarjeta del seguro
- Informe médico (Medical brief o ER Record)