

Aviso Hospital: llama al 01 800 002 8276

No. de póliza	No. de certificado	No. de empleado o matrícula de la escuela	
Plan contratado		No. de folio	
Instrucciones		Sello de la escuela	
<ol style="list-style-type: none"> Con la finalidad de otorgar un buen servicio se requiere llenar el presente formato en su totalidad. Utilice letra de molde, legible y tinta negra. Será inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras o uso de distintas tintas y debe presentarse en original. La recepción de este formato no obliga a AXA a admitir la procedencia de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme al contrato de seguro. 			
Información general			
Datos del asegurado afectado			
Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s) (en el orden que se muestra en carátula de la póliza o credencial del asegurado)			
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Día Mes Año
Correo electrónico	Teléfono (con clave de ciudad)		Teléfono celular (con clave de ciudad)
Nota: Es importante que nos proporcione sus datos de contacto para poder informarle del estatus y seguimiento a su siniestro.			
Nombre del contratante (apellido paterno, apellido materno, nombre(s) (en caso de ser diferente al asegurado afectado)			
Tipo de evento:			
Muerte accidental <input type="checkbox"/>	Gastos Funerarios <input type="checkbox"/>	Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/>	Gastos Médicos por Accidente <input type="checkbox"/>
Fecha en que ocurrió el accidente _____			
Hora en que ocurrió el accidente _____			
Lugar dónde ocurrió el accidente _____			
Lugar dónde recibió la primera atención del presente accidente _____			
Fecha en que visitó por primera vez al médico por este accidente _____			
Describa el motivo de la atención médica _____			

Describa cómo ocurrió el evento, detallando lo que provocó la lesión _____			

Tipo de trámite			
Pago directo <input type="checkbox"/>	Rembolso <input type="checkbox"/>	Programación de cirugía <input type="checkbox"/>	
En caso de rembolso se deberá de llenar el siguiente apartado:			
Reembolso			
Instrucciones			
<ol style="list-style-type: none"> Llenar esta sección sólo si tiene comprobantes fiscales de gastos relacionados con el accidente que reclama, para que le sean reembolsados. Siempre que se utilice el sistema de pago por rembolso, el asegurado ratifica que contrató a su elección por nombre y cuenta de AXA Seguros, a los proveedores de los servicios médicos (personas morales) tales como hospitales, farmacias, laboratorios, proveedores de equipo médico incluyendo aparatos y prótesis. Los gastos que el asegurado haya realizado por nombre y cuenta de AXA Seguros a favor de dichos proveedores le serán restituidos sujetos a los tabuladores y límites de cobertura de su póliza. Documentación a anexar a esta solicitud: <ul style="list-style-type: none"> Copia de identificación oficial del asegurado afectado, en caso de ser menor de edad: credencial escolar. Recetas médicas señalando nombre del asegurado afectado, fecha de elaboración, nombre del medicamento (presentación, dosis, frecuencia y tiempo de tratamiento), y estudios de laboratorio e interpretación con firma del médico tratante. Facturas hospitalarias y de personas morales que generen IVA: facturar a nombre de AXA Seguros, S.A. de C.V., ASE931116231, Félix Cuervas 366, Tlacoquemécatl, 03200, Ciudad de México. Los comprobantes de honorarios médicos, farmacias y enfermería así como cualquier otro que genere ISR a retener: facturar a nombre del asegurado. 			

Datos de la reclamación				
Tipo de reclamación		Inicial <input type="checkbox"/>	Complementaria <input type="checkbox"/>	
(Cuando es la primera vez que se presentan gastos por este evento)		(Cuando ya se han presentado gastos por este evento)		
		Compañía _____		
		No. de siniestro en caso de ser de AXA _____		
Información presentada				
Informe(s) médico(s) <input type="checkbox"/>	Interpretación (radiografía, tomografía, ultrasonido, etc.) <input type="checkbox"/>	Resultados de laboratorio <input type="checkbox"/>	Acta de defunción <input type="checkbox"/>	
Otro(s) <input type="checkbox"/>	Especifique _____			
Facturas o recibos presentados para reembolso				
Hospital <input type="checkbox"/>	Honorarios <input type="checkbox"/>	Medicamentos <input type="checkbox"/>	Gastos Funerarios <input type="checkbox"/>	Otro(s) <input type="checkbox"/>
Especifique _____				
Desglose de gastos reclamados por conceptos distintos a medicamentos				
No. de Factura/Recibo	Nombre del proveedor médico			Importe
_____	_____			_____
_____	_____			_____
_____	_____			_____
_____	_____			_____
_____	_____			_____
	Total			_____
Desglose de medicamentos reclamados				
No. comprobante	Nombre de medicamento	Presentación, cantidad y dosis (tabletas, cápsulas, frascos, etc.; mg y ml)	Farmacia	Importe
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
			Total	_____
Datos del beneficiario de pago				
Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s)) _____				
R.F.C. _____		Correo electrónico _____		Teléfono _____
Parentesco con el asegurado afectado _____		Nacionalidad _____		
Domicilio			No. exterior	No. interior
Calle _____				
Colonia _____	Código postal _____	Delegación o municipio _____	Población o ciudad _____	Estado _____
Forma de pago				
Transferencia electrónica <input type="checkbox"/>		Orden de pago <input type="checkbox"/>		
Banco _____	Plaza _____	Sucursal _____		
Cuenta _____		Clabe interbancaria _____		
El beneficiario del pago declara bajo protesta de decir verdad, que la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, por lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad AXA Seguros, S.A. de C.V., por los pagos/depositos que a favor de dicha cuenta ésta efectuó.				
Firma del asegurado afectado o padres o tutores en caso de ser menor de edad			Firma del contratante	

Esta sección deberá ser llenada por el asegurado afectado o en su defecto por los padres o tutores en caso de ser menor de edad.

Información Adicional

Datos Personales (Aviso de privacidad)

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 AXA Seguros comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible, con mi agente de seguros

Sí ____ No ____ Firma _____ "En caso de que usted no lo acepte favor de anular ambas casillas y **no estampe su 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.

Si usted desea recibir publicidad de otros productos de AXA favor de marcar la siguiente casilla. Sí No

Artículo 492 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Para ser llenado por el beneficiario del pago

Exclusivo para personas físicas.

1. 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 miembro de partidos políticos. Sí No

En caso afirmativo, describa el puesto

Parentesco o vínculo

2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con alguna sociedad o asociación? Sí No
Especifique:

3. ¿Actúa en nombre y cuenta propia? En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa
Sí No

Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación

Parentesco o vínculo con usted

4. ¿Es accionista o socio de alguna sociedad o asociación? Nombre y porcentaje de participación
Sí No

Firma

**Firma del asegurado afectado o padres o tutores
en caso de ser menor de edad**

Firma del contratante

Lugar y fecha