



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. A partir de la sección "Información médica" debe llenar el médico tratante.
4. 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.
5. Para programación de medicamentos debe entregarse cada 6 meses.

Información general de la Póliza

| | | | |
|---------------|---|-----------------------------|--|
| No. de Póliza | <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectivo | No. de certificado _____ | Tipo de reclamación <input type="checkbox"/> Inicial (cuando es la primera vez que se presentan gastos por este evento) <input type="checkbox"/> Complementario (cuando ya se han presentado gastos por este evento) No. de siniestro _____ |
|---------------|---|-----------------------------|--|

Tipo de programación

| | | | |
|--|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Biopsia | <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Estudios de gabinete |
| <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio | <input type="checkbox"/> Estudios de alta especialidad | <input type="checkbox"/> Hemodiálisis | <input type="checkbox"/> Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Maternidad | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro Describir _____ | | | |

Información general del Asegurado y/o Contratante

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 |
| Correo electrónico del Asegurado afectado o titular | | | Teléfono (con clave de ciudad) | | Tel. celular (con clave de ciudad) |
| | | | 01 | | 044 |

Nota: es importante que nos proporcione los datos del Asegurado afectado para poder informarle del estatus y seguimiento a su siniestro.

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 la Carátula de Póliza o credencial del Asegurado)

| | | |
|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Correo electrónico del Asegurado afectado o titular | Teléfono (con clave de ciudad) | Tel. celular (con clave de ciudad) |
| | 01 | 044 |

Especifique cuál es la relación con el Asegurado afectado
 Asegurado titular Agente Tercero (familiar, otro)

Datos del Contratante

Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s)) / Razón social

Tipo de padecimiento

Congénito Adquirido Agudo Crónico

Información médica (llenar por el médico tratante)

Descripción del diagnóstico

Diagnóstico(s), indicando la zona afectada y si es unilateral o bilateral



| Causa o etiología del padecimiento. En caso de accidente, describa cuándo y cómo ocurrió y el mecanismo de lesión | | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---|
| Fecha de los primeros síntomas | Fecha de diagnóstico | Fecha de inicio del tratamiento | | |
| Estudios de laboratorio y gabinete que realizaron para confirmar el diagnóstico | | | | |
| Tiene relación con otro padecimiento Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ | | | | |
| Tratamiento médico y/o quirúrgico a realizar | | | | |
| Estudios realizados que respaldan el procedimiento | | | | |
| Fecha de programación del evento | Horario de ingreso del paciente | <input type="checkbox"/> Matutino | <input type="checkbox"/> Vespertino | |
| Maternidad | | | | |
| Antecedentes ginecobstétricos (número de partos, cesáreas, etc.): | | | | |
| Sitio en el cual se realizará el procedimiento: <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Gabinete <input type="checkbox"/> Otro Especifique: _____ | | | | |
| En caso de haber seleccionado hospital Indique el nombre del hospital | | | | |
| Noches de estancia hospitalaria contempladas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> de 1 a 2 <input type="checkbox"/> de 2 a 3 <input type="checkbox"/> Más de 3 | | | | |
| Programación de medicamentos | | | | |
| Nombre del medicamento | Cantidad | Dosis | Duración | Especifique la enfermedad o diagnóstico que corresponde |
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |
| 11. | | | | |
| 12. | | | | |
| 13. | | | | |
| 14. | | | | |
| 15. | | | | |



Gastos Médicos Mayores
Solicitud de Programación de Servicios Médicos

| | | | |
|---|---|--|---|
| Programación de tratamiento | | | |
| Especificar tratamiento _____ | | Días _____ | No. de sesiones _____ |
| Programación de sesiones de quimioterapia o radioterapia | | | |
| Medicamento _____ | No. de sesiones _____ | Dosis _____ | Intervalo _____ |
| Programación de sesiones de rehabilitación física | | | |
| Días _____ | | No. de sesiones _____ | |
| Se requiere servicio de enfermería | | | |
| Días requeridos _____ | <input type="checkbox"/> Matutino | <input type="checkbox"/> Vespertino | <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> 24 horas |
| Información del Médico y/o proveedor | | | |
| Datos del Médico tratante | | | |
| Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s)) | | Médico en convenio Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Cédula profesional | Especialidad | Cédula de especialidad | |
| RFC | Teléfono (con clave de ciudad) 01 _____ | Tel. celular (con clave de ciudad) 044 _____ | |
| Correo electrónico _____ | | | |
| <p>Nota: como Médico tratante y de conformidad con la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares, he obtenido del paciente su autorización para transferir sus datos médicos, todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores a AXA Seguros, S.A. de C.V. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en este formato fue tomada directamente tanto del paciente Asegurado o de los familiares responsables, en el caso de los menores o discapacitados, como del expediente clínico que obra en mi poder y cualquier declaración inexacta o falsa en este cuestionario exentará de toda responsabilidad a la Aseguradora.</p> | | | |
| Datos personales | | | |
| Tus datos serán tratados de conformidad con lo establecido en nuestro Aviso de Privacidad, ubicado en axa.mx , y para todos los fines del Contrato de Seguro. | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, otorgo mi consentimiento para que AXA transfiera con mi agente de seguros todos los datos relacionados con la siniestralidad de mi Póliza. En ese sentido el intermediario/ejecutivo/agente tendrá carácter de responsable en términos de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares de los datos personales y datos personales sensibles que AXA le transfiera. | | | |
| 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 tratamiento 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 <input type="checkbox"/> | Fecha y firma del Asegurado _____ | No acepto <input type="checkbox"/> | Fecha y firma del Asegurado _____ |
| Firma del médico tratante | Firma del Asegurado afectado o representante legal | Firma del Asegurado titular y/o Contratante | Lugar y fecha |
| | | | |
| Documentación a anexar a esta solicitud: <ul style="list-style-type: none"> Copia de recetas médicas señalando nombre del Asegurado afectado, fecha de elaboración, nombre del medicamento (presentación, dosis, frecuencia y tiempo de tratamiento). Copia de resultados de estudios que confirman el diagnóstico y/o respaldan el tratamiento indicado. | | | |