



Instrucciones:

- 1. Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el Asegurado con letra de molde.
2. Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formulario. La institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
4. Este documento no será valido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Motivo de la Reclamación

- Reembolso
Programación de Cirugía - Tratamiento
Pago Directo
Segunda Opinión Médica

Tipo de Reclamación

- Accidente
Embarazo
Enfermedad

Nombre o Razón Social del Contratante

No. de Póliza

Asegurado Titular (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))

R.F.C. o C.U.R.P.

Asegurado Afectado (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))

R.F.C. o C.U.R.P.

No. Certificado del Afectado

Fecha de Alta Día Mes Año

Nacionalidad

Fecha de Nacimiento

Sexo

Parentesco con el Titular

Correo electrónico

(Opcional)

Teléfono de Contacto

Cve. Lada ()

Domicilio: Calle

No. Exterior

No. Interior

Colonia

C. P.

Estado

Delegación

Ocupación o Profesión

Lugar donde trabaja / empresa

Giro de la Empresa

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o Accidente en esta u otra compañía? Sí No Si su respuesta fue afirmativa indique No. de Siniestro

Compañía Fecha de Reclamación

¿Actualmente tiene otro seguro? Sí No Compañía

Tipo de Reclamación: Inicial Complementaria Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó:

Fecha en que ocurrió el Accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad.

Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad.

Indique el diagnóstico motivo de su reclamación:

Si es Accidente detállese. ¿Cómo y dónde fue?

Autoridad que tomó conocimiento del Accidente (anexar copias del Ministerio Público)

En caso de Accidente Automovilístico ¿Cuenta con seguro de automóvil? Sí No Nombre de la Cía.

Cobertura Suma Aseg. No. de Póliza Cía. del Tercero

Hospital en que fue atendido ¿Estuvo hospitalizado? Sí No Días de Estancia

¿Qué estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento?

Nombre del Médico Tratante Especialidad

Dirección Tel. y/o e-mail

Table with 4 columns: Médicos que ha consultado en los últimos dos años, Nombre / Especialidad, Causa / Fecha, Tel. y/o e-mail

Documentos a presentar:

- 1. Copia de la actuación del Ministerio Público o atención recibida de la institución (en caso de Accidente).
2. Interpretación de estudios Radiológicos o de Gabinete.
3. Copia de identificación oficial del Asegurado afectado (IFE, Pasaporte y en caso de menores de 5 años Acta de Nacimiento).
4. Recibos de gastos que cuenten con los requisitos fiscales (quedarán sin validez copias, recibos provisionales, estados de cuenta, etc.).
5. Por cada médico tratante se deberán llenar los informes médicos correspondientes y su participación en el evento.

Notas: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el siguiente cuestionario, invalida de toda responsabilidad a la institución. Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios y clínicas a los que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, para que proporcione toda la información que sea solicitada por AXA Seguros, S.A. de C.V., tales como resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi reclamación. En relación a lo anterior relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información, así mismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen la información de su conocimiento. La copia fotostática de esta autorización es tan válida como el original.

Nombre y Firma del Titular

Nombre y Firma del Afectado

Lugar y Fecha

Centro de Contacto 24 horas: Gastos Médicos: 51 69 27 27 • Lada sin costo: 01 800 466 1AXA • Lada sin costo EUA y Canadá: 18 88 29 37 221.

AXA Seguros, S.A. de C.V. - Periférico Sur 3325 Piso 11, San Jerónimo Aculco 10400 México, D.F.

Tels. 5169 1000 • 5169 2500 • 01 800 900 1AXA • www.axa.com.mx



Instrucciones

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra de molde.
- 2.- Favor de no dejar preguntas, ni espacios sin contestar.
- 3.- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Programación de Cirugía Tratamiento Médico Reembolso

Ficha de Identificación

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))	Estado Civil	Ocupación	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Causa de Atención: <input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente	Referido por otro Médico o Unidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____			

Historia Clínica (especificar tiempo de evolución anotando fechas de patologías y cirugías)

<u>Antecedentes Personales Patológicos</u>	<u>Antecedentes Personales No Patológicos</u>
<u>Antecedentes Gineco-Obstétricos</u>	<u>Antecedentes Perinatales (si es necesario)</u>

Padecimiento Actual (principales signos y síntomas)

Con una evolución: 1 a 3 Meses 3 a 6 Meses 6 a 12 Meses Más de 1 año

Fecha de Inicio		
Día	Mes	Año

Código CIE-10	Descripción del Diagnóstico	Fecha de Diagnóstico
Para uso exclusivo de Seguros		
1.-	Diagnóstico 1: _____	
2.-	Diagnóstico 2: _____	
3.-	Diagnóstico 3: _____	

Tipo de Padecimiento: Congénito Adquirido Agudo Crónico

Se le ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente: Sí No ¿Cuál? _____

Resultados de la Exploración Física y de los Estudios Realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

Talla: _____ cm. Peso: _____ Kg. T/A: _____ mm/Hg FC _____ x' FR _____ x' T _____ C

Tratamiento

Código CPT-4	Descripción de Tratamiento	Fecha de Inicio		
Para uso exclusivo de Seguros		Día	Mes	Año
1.- _____	1: _____ _____			
2.- _____	2: _____ _____			
3.- _____	3: _____ _____			
¿Hubo Complicaciones?	Descripción de Complicaciones			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	1: _____ 2: _____ 3: _____			

Nombre del Hospital	Tipo de Estancia	Fecha de Ingreso			Fecha de Egreso		
Ciudad	<input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta Estancia / Ambulatoria	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Datos Generales del Médico Tratante

Nombre (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)) _____ Teléfono _____

Especialidad _____ R.F.C. _____ Celular _____

Cédula Profesional _____ Cédula de Especialidad o Certificación _____

No. de Proveedor _____ E-mail _____

Mencione nombre y especialidad del(os) Médico(s) que participa(n) en la intervención o como interconsultante(s):

Anestesiólogo: _____

Ayudante 1: _____

Ayudante 2: _____

Otro(s) Médico(s): _____

NOTA: Como Médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que otorguen a AXA Seguros, S.A. de C.V. todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma 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.

Lugar y Fecha

Firma del Médico Tratante

“Entregar los comprobantes por sus servicios a nuestro asegurado cuando vayan a ser tramitados para su pago ante la compañía, expedidos a nombre de AXA Seguros, S.A. de C.V. con dirección y RFC ya conocidos, a efecto de que AXA Seguros le reintegre dichos pagos cuando así proceda conforme al contrato de seguro celebrado (excepto recibos de honorarios)”

Centro de Contacto 24 horas: Gastos Médicos 51 69 27 27 Lada sin costo 01 800 466 1AXA Lada sin costo EUA y Canadá 18 88 29 37 221	Aviso: Se le informa al Médico que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario, invalidará toda responsabilidad de la Compañía.
--	--



Instrucciones:

- 1. Este formato debe ser llenado y firmado en su totalidad y con letra de molde.
2. La institución de seguros procederá al pago de los gastos médicos que se encuentren cubiertos en el contrato de seguro celebrado, por lo cual no queda obligada por este documento a la procedencia de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza de seguro.
3. Los documentos que el asegurado haya pagado por cuenta y orden de AXA Seguros, S. A. de C. V., deben presentarse en original y expedirse a nombre de AXA Seguros, S.A. de C.V., Domicilio: Periférico Sur 3325 piso 11 Col. San Jerónimo Aculco, México, D.F., C.P. 10400, RFC: ASE931116231. Lo anterior no implica que se asuma la obligación de pago por la compañía de gastos no procedentes.

Form with fields: Número de Solicitud, Lugar, Fecha (Día, Mes, Año), Ref. Póliza Núm., Certificado, Contratante

AXA Seguros

A quien corresponda:

Por este medio me permito solicitar el reembolso de los gastos efectuados por la atención médica de:

Form with fields: Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s)

Con motivo 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 []

Form with fields: Dr.(a) Especialidad (repeated 4 times)

- 3) Historia(s) Clínica(s) Sí [] No []

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

Form with checkboxes for: Orina, Excremento, Sangre, Radiografías, Ultrasonido, Tomografía, Resonancia Magnética, Urografía, Electrocardiograma, Electroencefalograma, Histopatología, Otros

Especifique

- 5) Relación de comprobantes:

Table with 6 columns: No. de recibo, Nombre, Monto (repeated 6 times)

¿Ha presentado reclamaciones adicionales por este evento? Sí [] No [] No. Total \$

Conducto por el cual desea recibir su respuesta:

[] Agente, ¿Cuál? Teléfono:

[] Pasa por su respuesta a AXA Seguros

Observaciones:

Lugar y Fecha Atendido por:

Form with fields: Centro de Contacto 24 horas (Gastos Médicos, Lada sin costo, Lada sin costo EUA y Canadá), Atentamente, Nombre y firma