

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 válido 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

☐

Inicial

☐

Complementaria

☐

Accidente

☐

Embarazo

☐

Enfermedad

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA Y DEL ASEGURADO

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

Día

Mes

Año

Sexo

☐ F

☐ M

Parentesco con el Titular

Correo electrónico

Teléfono y Lada

Teléfono celular

Domicilio

Calle

No. Exterior

No. Interior

Colonia

C. P.

Estado

Delegación

Ocupación o Profesión

Nombre del lugar de trabajo

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

Día

Mes

Año

¿Actualmente tiene otro seguro?

Sí

☐

No

☐

Compañía

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

Día

Mes

Año

Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó:

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

Día

Mes

Año

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 Compañía

Cobertura

Suma Asegurada

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?

MÉDICO TRATANTE Y MÉDICOS CONSULTADOS

Nombre del Médico Tratante

Especialidad

Dirección

Teléfono y correo electrónico

Médicos que ha consultado en los últimos dos años.

Nombre / Especialidad

Causa / Fecha

Teléfono y correo electrónico

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.

Este formato puede ser utilizado en original o copia.

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR

NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO

LUGAR Y FECHA

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 1292 • www.axa.com.mx

SE-020 • SEPTIEMBRE 2009