

## SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INICIAL

### PASOS A SEGUIR

- Este formato debe ser llenado y firmado en su totalidad por el asegurado, con letra de molde.
- Los documentos a entregar son:
  - Informe médico por enfermedad o accidente de cada médico tratante.
  - Identificación oficial del beneficiario del pago.
  - Copia de los estudios de laboratorio y/o gabinete o interpretación, cuando se hayan realizado.
  - Recetas médicas para el reembolso de medicamentos.
  - Originales de facturas y recibos de honorarios a reembolsar.
  - Comprobante de domicilio no mayor a tres meses de antigüedad, en caso de no coincidir el domicilio actual con la identificación del IFE.
  - Para el pago por transferencia electrónica, deberá proporcionar en este formato el nombre del banco, plaza, sucursal, cuenta y clave interbancaria para el depósito de su reembolso o ingresar copia del estado de cuenta o consulta interbancaria (única ocasión), considerando únicamente como beneficiarios del pago a los asegurados que se encuentren registrados dentro de la póliza.
- A excepción de los recibos de honorarios médicos, enfermería y/o farmacias, los cuales deben ser facturados a nombre del contratante o Asegurado de la póliza, los comprobantes originales de gastos deben estar a nombre de **AXA Seguros, S.A. de C.V.**, con R.F.C. ASE931116231, domicilio fiscal en Periférico Sur 3325 Piso 11, Colonia San Jerónimo Aculco, Delegación Magdalena Contreras, C.P. 10400, en México, D.F.
- Pólizas de grupo. En caso de ser procedente la reclamación, el titular de la póliza está de acuerdo en que el pago de la reclamación se llevará a cabo mediante la transferencia electrónica a la cuenta bancaria proporcionada por el contratante para la emisión de la póliza.
- El llenado de este formato no obliga a la institución a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes.

### DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno					CURP o R.F.C.										
Fecha de nacimiento			Día		Mes		Año		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Parentesco con el titular				
No. póliza				No. certificado del afectado				Fecha de alta		Día		Mes		Año	
Nombre o razón social del contratante															

### CAUSA DE LA RECLAMACIÓN

- Accidente   
  Embarazo   
  Enfermedad   
  Gastos funerarios   
  Renta diaria   
  Muerte accidental   
  Protección efectiva  
 Actualización de información del pago

### ANTECEDENTES

¿Has presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en ésta u otra compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																					
Si tu respuesta es afirmativa, indica el No. de siniestro					Compañía																
Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad								Día		Mes		Año									
Indica el tipo de alteraciones y/o síntomas que presentaste																					
Fecha en que visitaste al médico por esta enfermedad				Día		Mes		Año		Indica el diagnóstico motivo de tu reclamación											
¿Estuviste hospitalizado?		Hospital en el que fuiste atendido			Días de estancia			Desde		Día		Mes		Año		Día		Mes		Año	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																					
¿Actualmente tienes otro seguro de gastos médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Compañía																	
Si es un accidente detalla, ¿cómo y dónde fue?																					
Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias del ministerio público)																					
En caso de accidente automovilístico				Nombre de la compañía																	
¿Cuentas con seguro de automóvil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																					
Cobertura			Suma asegurada				No. de póliza				Compañía del tercero										

### DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

<input type="checkbox"/> Informe médico del(os) Dr.(es) tratante(s) y/o consultado(s) Dr.(a) _____ Especialidad _____ No. cédula _____ Dr.(a) _____ Especialidad _____ No. cédula _____													
<input type="checkbox"/> Historia(s) clínica(s) <input type="checkbox"/> Resultados de los siguientes estudios: <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Imagenología (radiografía, tomografía, ultrasonido, etc) <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____													

**DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Continuación)**

Comprobantes de pago:

Número de recibo	R.F.C.	Monto	Número de recibo	R.F.C.	Monto
1.		\$	9.		\$
2.		\$	10.		\$
3.		\$	11.		\$
4.		\$	12.		\$
5.		\$	13.		\$
6.		\$	14.		\$
7.		\$	15.		\$
8.		\$			\$
<b>Total</b>					\$

Contacto por el cual entregas la documentación a AXA:

Titular  Afectado  Agente  Tercero

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto por el cual deseas recibir nuestra respuesta:

Titular  Afectado  Agente  Tercero

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL BENEFICIARIO DEL PAGO**

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno				CURP o R.F.C.			
Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Parentesco con el titular	Nacionalidad	<input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera	
Tel. particular	Tel. oficina		Tel. celular		Correo electrónico		
01	01		044				
<input type="checkbox"/> Desea recibir por mensaje SMS su respuesta (sólo aplica con Telefónica Movistar o Telcel)							
Domicilio						No. exterior	No. interior
Calle							
Colonia				Delegación o municipio			
Población o ciudad				Estado		Código postal	
Ocupación		Nombre del lugar de trabajo			Giro de la empresa		

**FORMA DE PAGO**

Transferencia electrónica

El asegurado 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 a esta compañía por los pagos/depósitos, que a favor de dichas cuentas ésta efectúe. La recepción de esta solicitud de reembolso no obliga a la aseguradora al pago de la indemnización solicitada, por lo cual no queda obligada a determinar como procedente la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza de seguro. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y lo declarado en esta solicitud formará parte del expediente médico del asegurado. En caso de transferencia electrónica se tomarán los datos presentados en la reclamación inicial. Una vez determinada la procedencia de la reclamación queda expresamente convenido que al recibir el pago como indemnización por el medio indicado, el beneficiario del seguro otorgara a favor de **AXA Seguros, S.A. de C.V.** el más amplio finiquito que en derecho procedan o reservando acción o derecho que ejercitar en contra de la compañía, sea de naturaleza, civil, penal, mercantil o de cualquier otra índole, con motivo del siniestro que fue materia de reclamación presentada bajo el amparo de la póliza de seguro contratada.

Información para transferencia electrónica		
Banco	Plaza	Sucursal
Cuenta	Clabe interbancaria	
Observaciones		

<b>FIRMA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO</b>	<b>LUGAR DONDE SE PRESENTA LA RECLAMACIÓN</b>

**ARTÍCULO 140 (LGISMS)**

**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 Firma  
Sí  No