

## SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES COMPLEMENTARIA

### PASOS A SEGUIR

1. Este formato debe ser llenado y firmado en su totalidad por el Asegurado, con letra de molde.
2. Debes entregar la información médica actualizada de tu padecimiento en esta solicitud complementaria cuando suceda uno de los siguientes eventos:
  1. Cada aniversario de la fecha en que inició la reclamación.
  2. Cuando hayan pasado más de seis meses de que ingresaste tu última reclamación.
3. Los documentos a entregar son:
  - 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, deberás proporcionar en este formato el nombre del banco, plaza, sucursal, cuenta y clabe interbancaria para el depósito de tu 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.
4. 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 México, D.F.
5. El llenado de este formato no obliga a la institución a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes.
6. 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.

### DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno				C.U.R.P. o R.F.C.					
¿Estuviste hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Hospital en el que fuiste atendido		Días de estancia Desde		Día Mes Año		Día Mes Año Hasta	
No. póliza		No. certificado del afectado		No. siniestro		No. autorización			
Nombre o razón social del contratante									

### CAUSA DE LA RECLAMACIÓN

- Accidente   
  Embarazo   
  Enfermedad   
  Gastos funerarios   
  Renta diaria   
  Muerte accidental   
  Protección efectiva

### DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

Informe médico del(os) Dr.(es) tratante(s) y/o consultado(s)  
 Dr.(a) \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_ No. cédula \_\_\_\_\_  
 Dr.(a) \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_ No. cédula \_\_\_\_\_

Historia(s) clínica(s)  
 Resultados de los siguientes estudios:  
 Orina     Sangre     Imagenología (radiografía, tomografía, ultrasonido, etc.)     Otros (especifique) \_\_\_\_\_

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 o razón social

R.F.C.

Correo electrónico

**FORMA DE PAGO** Transferencia electrónica¿Tu cuenta sigue siendo la misma?  Sí  No

En caso de ser una cuenta distinta favor de anexar estado de cuenta bancario o llenar en la solicitud para reembolso GMM inicial los rubros de: datos de beneficiario del pago, forma de pago y lo relacionado al artículo 140 (LGISMS).

NOTA: La recepción de esta solicitud de reembolso no obliga a la compañía 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 otorgará a favor de **AXA Seguros, S.A. de C.V.** el más amplio finiquito que en derecho proceda, no 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.

 Deseas recibir por mensaje SMS tu respuesta (sólo aplica con Telefónica Movistar o Telcel). 044

Nombre del contacto que deseas reciba la respuesta: \_\_\_\_\_

 Titular  Afectado  Agente  Tercero  Correo electrónico

Observaciones

**FIRMA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO****LUGAR DONDE SE PRESENTA LA RECLAMACIÓN**