

ACCIDENTES PERSONALES E INDEMNIZATORIOS

Coberturas principales

Accidentes Personales cuentan con opciones de cobertura de acuerdo al tipo de clientes y a sus necesidades.



Muerte Accidental

Indemniza al beneficiario por el fallecimiento derivado de un accidente (aplica para asegurados entre 12 y 69 años).



Gastos Funerarios

Cubre los gastos derivados del fallecimiento del asegurado como consecuencia de un accidente (aplica para asegurados entre 1 y 11 años).



Pérdidas Orgánicas

En caso de sufrir uno o más eventos que resultaran en varias pérdidas de acuerdo con la escala encontrada.

ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO

Respaldamos a nuestros asegurados en caso de accidente.

Beneficios

- **Otorga a los colaboradores la tranquilidad de contar con un respaldo en caso de un accidente.**
- **Cuenta con opciones de cobertura de acuerdo con las necesidades de cada cliente.**

Coberturas básicas

- Muerte Accidental
 - Indemniza al beneficiario por el fallecimiento derivado de un accidente (aplica para asegurados entre 12 y 69 años).
- Gastos Funerarios
 - Cubre los gastos derivados del fallecimiento del asegurado como consecuencia de un accidente (aplica para asegurados entre 1 y 11 años).
- Pérdidas orgánicas
 - En caso de sufrir uno o más eventos que resultaran en varias pérdidas de acuerdo con la escala contratada.



Coberturas adicionales

- Reembolso de Gastos Médicos por accidente

Para el pago de esta cobertura el monto total de los gastos debe de ser superior al deducible.

- Indemnización diaria por incapacidad total o parcial

Esta cobertura da apoyo diario en caso de incapacidad total o parcial.



Contractor: Nombre o Razón Social del Contratante		Policy No.: Núm. de Póliza		Certificate No. Núm. de Certificado	
Insurance Holder: Nombre del Titular		Relative to Insurance Holder: Nombre del Titular			
Patient's Name: Nombre del paciente		Insured Since: MMDDYYYYYY Asegurado desde		Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Sexo Masculino Femenino	
E-mail: Correo electrónico		Telephone: Teléfono		Occupation: Ocupación	
DOB: MMDDYYYYYY Fecha de nacimiento		Address: Dirección			
Claim Cause: <input type="checkbox"/> Illness <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Pregnancy Causa Enfermedad Accidente Embarazo		Type of claim <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Complement Tipo de reclamación: Inicial Complemento			
Have you had other health insurance services for this situation? ¿Usted ha recibido cobertura de gastos médicos de alguna otra compañía por este evento? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Claim #: Sinistro #		Company: Compañía	
Date of claim: MMDDYYYYYY Fecha de reclamación		Date of the first consultation for this event: MMDDYYYYYY Fecha primera consulta por esta enfermedad			
Date of the accident or when the first symptoms appeared: MMDDYYYYYY Fecha del accidente o de la aparición de los primeros síntomas		Diagnosis: Diagnóstico			
Mention the symptoms that you had: Indique los síntomas que presentó					
If it was an accident, please detail how and where does it happened Si fue un accidente, describa cómo y dónde sucedió					
Authority that had knowledge of this case: Autoridad que tuvo conocimiento del caso					
In case of motor vehicle accident, do you have automobile insurance En caso de accidente automovilístico, ¿tiene seguro de auto?			Insurance's name: Nombre de la aseguradora		
Policy #: Número de póliza		Third party involved insurance's name: Nombre de la aseguradora del tercero involucrado			
Were you hospitalized? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Estuvo Hospitalizado?		Days #: Número de días: _____		Hospital's Name: Nombre del Hospital	
Physician's Name: Nombre del Médico tratante				Specialty: Especialidad	
Address: Dirección:		Telephone: Teléfono:		E-mail: Correo electrónico	
<p>Medical Information Release Form: I, _____, give my express to provide to AXA Seguros, S.A. de C.V. or to their authorized representative, to use all my personal and medical information and registration or any information regarding myself, including, but not limited under medical advisory, management or therapeutics granted to me as a patient, as part of the international services of AXA Seguros, S.A. de C.V. I understand that the information and records could be used by AXA Seguros, S.A. de C.V. (or it representative) with the purpose of case management from the insurance company, related to the diseases that I have been treated; this information must include the present condition of the patient, his need, and the evaluation for the use of any alternative treatments, which have to be approved by the patient (or his representative) and the provider of the treatment. I also understand that the information mentioned above could be shared with the policy holder, and the client previously mentioned during the case management. This information and record could not be granted to any other person or entity, unless it is required by law (or by written authorization). I understand that I am entitled to obtain a copy of this authorization, and I agree that the photostatic copy is good as the original.</p> <p>Yo, _____, doy mi autorización para que AXA Seguros, S.A. de C.V., o, en su caso, su representante autorizado haga uso de toda la información personal, médica, hospitalaria, registros de empleo e información concerniente a mi persona, incluyendo, pero no limitando bajo aviso médico, manejo o terapéutica brindada como paciente, el cual es cliente de los servicios internacionales de AXA Seguros, S.A. de C.V., entendiendo que dichos registros e información podrán ser utilizados por AXA Seguros, S.A. de C.V., (o su representante) con el propósito de que se brinde el manejo del caso por parte de la compañía en relación con los padecimientos por los que se me ha estado tratando; dicha información tendrá que describir la condición actual del paciente, sus necesidades y la evaluación de manejos alternativos de cualquier tratamiento, el cual deberá ser aprobado por el paciente (o su representante) y el proveedor de dicho manejo. Además entiendo que la información antes mencionada podrá ser compartida con el titular de la póliza y el asegurado mencionado anteriormente durante el curso de la administración del caso. Sin embargo, estos registros e información no podrán ser brindados a cualquier otra persona o entidad, a menos que se requiera por ley (o autorización por escrito). Entiendo que tengo derecho a obtener una copia de esta autorización y estoy de acuerdo con que la copia fotostática de este documento es tan válida como la original.</p>					
Holder's Name / Signature authorization: Nombre / Firma del Titular de Póliza		Patient's Name / Signature: Nombre / Firma del Paciente		Dated in: Fecha:	



Gastos Médicos Mayores

Solicitud de Programación de Servicios Médicos

Instrucciones:

1. Es necesario llenar el presente formato utilizando letra de molde, legible y tinta negra. Este documento es inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.
2. 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.
3. Esta solicitud será analizada por AXA y de acuerdo a la Póliza y Condiciones Generales contratadas, se enviará la resolución correspondiente.
4. Anexar los siguientes documentos para sustentar tu solicitud: identificación oficial, interpretación de estudios, informe médico (no mayor a 6 meses) y recetas médicas (no mayor a 3 meses).
5. Recomendamos revisar la lista de hospitales, laboratorios y otros proveedores de servicios médicos en axa.mx. En caso de no encontrarse en convenio con AXA, deberá realizar el trámite por reembolso.
6. En caso de haber iniciado el tratamiento con otra aseguradora, es necesario adjuntar carta remanente.

Información general de la Póliza

Nombre completo del Contratante de la Póliza:	No. de Póliza:	No. de Certificado (en caso de contar con este número):
---	----------------	---

Información 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
RFC:	CURP:	
País de nacimiento:	Nacionalidad:	Ocupación / Profesión / Giro del negocio:

Datos de contacto del Asegurado afectado (en caso que el Asegurado afectado sea menor de edad, se pueden poner los datos de algún familiar)

Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad):	Celular (con clave de ciudad):
---------------------	---------------------------------	--------------------------------

En caso de recibir apoyo de familiares o conocidos, es necesario llenar los siguientes datos de contacto**Contacto 1**

¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado?

☐ Familiar ☐ Espos(a) o cónyuge ☐ Amigo o conocido ☐ Agente

Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):
Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad):	Celular (con clave de ciudad):

Contacto 2

¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado?

☐ Familiar ☐ Espos(a) o cónyuge ☐ Amigo o conocido ☐ Agente

Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):
Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad):	Celular (con clave de ciudad):

Información de la programación

<input type="checkbox"/> Cirugía debido a un accidente	<input type="checkbox"/> Estudios (de laboratorio, de gabinete y/o de alta especialidad)
<input type="checkbox"/> Cirugía debido a una enfermedad	<input type="checkbox"/> Medicamentos y/o equipo médico
<input type="checkbox"/> Cirugía por maternidad	<input type="checkbox"/> Hemodiálisis
<input type="checkbox"/> Hospitalización (en caso de necesitar estancia hospitalaria por algún otro servicio)	<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Segunda opinión médica	<input type="checkbox"/> Rehabilitación
<input type="checkbox"/> Otro, describir: _____	



Gastos Médicos Mayores

Solicitud de Programación de Servicios Médicos

Programación inicial o complementaria

¿La programación a realizar, se deriva de algún padecimiento anterior? (en caso de derivarse de un padecimiento anterior, favor de escribir el número de siniestro)

☐ Sí, el número de siniestro es: _____ ☐ No, es la primera vez que realizaré esta programación.

Para programación de cirugía, favor de completar esta sección

Tipo de cirugía que será realizada (ejemplo: cesárea, apendicectomía, amigdalectomía, rinoplastia, biopsia, etc.):

En caso de haber realizado estudios médicos, favor de indicar cuáles:

Fecha tentativa de programación de cirugía:

Día Mes Año

| | | | | | | |

Nombre del Médico que realizará la cirugía:

Lugar donde se realizará la cirugía (el hospital debe tener convenio, favor de revisar la lista de hospitales en axa.mx):

Si la programación a realizar es una cirugía derivada de un accidente o una enfermedad y es la primera vez que se realizará dicha cirugía (es decir, no cuenta con número de siniestro) favor de llenar la siguiente información.

Fecha de inicio de síntomas:

Día Mes Año

| | | | | | | |

Fecha de diagnóstico médico
más actual:

Día Mes Año

| | | | | | | |

¿Qué síntomas ha presentado?

En caso de haber ocurrido un accidente indicar lo siguiente:

a. ¿Cómo ocurrió el accidente? (especifica en qué lugar y cómo ocurrió, detallando qué provocó la lesión)

b. Fecha del accidente:

Día Mes Año

| | | | | | | |

Para una programación de medicamentos y/o equipo médico, favor de completar esta sección

Fecha de inicio de
tratamiento:

Día Mes Año

| | | | | | | |

¿Qué síntomas ha presentado?



Gastos Médicos Mayores

Solicitud de Programación de Servicios Médicos

Es indispensable indicar la dirección de entrega:					
Calle:		No. exterior:		No. interior:	
Colonia:	Código postal:	Alcaldía o municipio:	Ciudad:	Estado:	
¿Qué medicamentos requiere?					
#	Nombre y presentación del medicamento (Ej: Paracetamol 500mg)	Cantidad (Ej: 1 tableta)	Cada cuánto (Ej: Cada 24 hrs)	Durante cuánto tiempo (Ej: Por un mes)	Especifique la enfermedad o diagnóstico y/o número siniestro que corresponde
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
Nota: en caso de requerir enlistar más medicamentos, favor de llenar otro formato.					
En caso de requerir equipo médico favor de especificar cual:					
Para un estudio u hospitalización, favor de completar esta sección					
Fecha de programación de servicio:		Día	Mes	Año	
Lugar donde se realizará la atención (ejemplo: hospital, centro de especialidad, consultorio médico, etc.):					
Tipo de estudio u hospitalización:					
Para una quimioterapia, radioterapia, hemodiálisis o rehabilitación, favor de completar esta sección					
Fecha de programación de servicio:		Día	Mes	Año	Fecha de inicio de tratamiento:
					Día Mes Año
Indicar número de sesiones, cada cuánto y durante cuánto tiempo (en caso de quimioterapia indicar el nombre de tratamiento):					



Gastos Médicos Mayores Solicitud de Programación de Servicios Médicos

Lugar donde se realizará la atención (ejemplo: hospital, centro de especialidad, consultorio médico, etc.):

Datos personales

AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas 366, piso 3, Col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para el cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.

☐ Autorizo el tratamiento y transferencia de mis datos personales patrimoniales, para efectos del cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad.

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.

Autorizo que AXA trate mis datos personales sensibles y los transfiera a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio, para efectos del cumplimiento de las obligaciones derivadas del Contrato de Seguro.

☐ Sí acepto

Firma del Asegurado:

Autorizo que AXA, al inscribirme en alguno de los programas que incluye la Póliza de gastos médicos mayores, transfiera mis datos personales sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos, con la finalidad de ofrecerme los servicios de asistencia que me permitan dar seguimiento específico a mi padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y en su caso se me ofrezcan alternativas para el tratamiento de mi enfermedad.

☐ Sí acepto

Firma del Asegurado:

☐ No acepto

Autorizo que AXA transfiera mis datos personales relativos a la siniestralidad de mi Póliza a mi agente o al broker.

☐ Sí acepto

Firma del Asegurado:

☐ No acepto



Instrucciones:

1. Es necesario llenar el presente formato utilizando letra de molde, legible y tinta negra. Este documento es inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.
2. 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.
3. Esta solicitud será analizada por AXA y de acuerdo a la Póliza y Condiciones Generales contratadas, se enviará la resolución correspondiente.
4. En caso de haber iniciado el tratamiento con otra aseguradora, es necesario adjuntar carta remanente.

Información general				
Nombre completo del Contratante de la Póliza:		No. de Póliza:	No. de certificado (en caso de contar con este número):	
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 	
RFC: 			CURP: 	
País de nacimiento:		Nacionalidad:		Ocupación / Profesión / Giro del negocio:
Domicilio: Calle:		No. exterior:	No. interior:	Colonia:
Código postal: 	Alcaldía o municipio:		Población o ciudad:	Estado:
Correo electrónico:		Teléfono (con clave de ciudad): 		Tel. celular (con clave de ciudad):
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
En caso afirmativo, describa el puesto:				Parentesco o vínculo:
2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con alguna sociedad o asociación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique:				
3. ¿Actúa en nombre y cuenta propia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa:		
Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación:				Parentesco o vínculo:
4. ¿Es accionista o socio de alguna sociedad o asociación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Nombre y porcentaje de participación:				



Tipo de solicitud			
<input type="checkbox"/> Reembolso de gastos médicos		<input type="checkbox"/> Carta de valoración	
<input type="checkbox"/> AP Estudiante		<input type="checkbox"/> Maternidad	
		<input type="checkbox"/> Pago indemnizatorio	
		<input type="checkbox"/> Gasto médico menor	
Facturas o recibos presentados para reembolso			
<input type="checkbox"/> Hospital		<input type="checkbox"/> Honorarios médicos	
<input type="checkbox"/> Medicamentos		<input type="checkbox"/> Patología (biopsia)	
		<input type="checkbox"/> Otro(s)	
		Especifique:	
Tipo de reclamación			
<input type="checkbox"/> Inicial		Siniestro:	
<input type="checkbox"/> Complementaria		Diagnóstico:	
Aviso de accidente			
En caso de accidente, describa el lugar, cuándo y cómo ocurrió el evento y si se reportó con alguna autoridad, detallando qué provocó la lesión:			
En caso de accidente automovilístico, mencionar las Compañías aseguradoras involucradas:			
Aseguradora de tu auto:		Aseguradora(s) del(los) tercero(s) involucrado(s):	
Facturas / Recibos adjuntos			
Número de recibo	Número de factura	Especifique el tipo de tratamiento que ampara el comprobante (consulta, hospitalización, terapia, etc.)	Importe total Tipo de moneda <input type="checkbox"/> Dólar <input type="checkbox"/> M.N. <input type="checkbox"/> Otros
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
Total (a)			



Desglose de medicamentos reclamados					
Número de recibo	Número de factura	Especifique la enfermedad o diagnóstico para el que se indicó	Nombre del medicamento	Nombre de farmacia	Importe total
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
				Total (b)	
				Total general (a+b)	

Beneficiario del pago					
Nombre: _____					
<input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Contratante <input type="checkbox"/> Padre, Madre o Tutor					
<input type="checkbox"/> Otro, justificación: _____					
Al marcar esta casilla instruyo a AXA Seguros S.A. de C.V., para efectuar el pago correspondiente derivado de la presente solicitud a favor de la persona cuyos datos incluyo en el presente apartado, renunciando a toda acción o derecho a mi favor derivado del mismo, acreditando que realizo el pago (factura, recibos de honorarios, etc.).					
En caso de haber seleccionado otro, contratante, padre o madre, completar los siguientes campos:					
Apellido paterno:		Apellido materno:		Nombre(s):	
Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento:	Día Mes Año	País de nacimiento:	
Nacionalidad:		Ocupación / Profesión / Giro del negocio:			
RFC:			CURP:		
Domicilio: Calle:		No. exterior:	No. interior:	Colonia:	
Código postal:	Alcaldía o municipio:	Población o ciudad:		Estado:	
Número de Firma Electrónica Avanzada:					
Correo electrónico:		Teléfono (con clave de ciudad):		Tel. celular (con clave de ciudad):	
Estimado Asegurado, te informamos que solo emitimos pagos por transferencia electrónica					
Banco: _____					
Número de cuenta: _____					
CLABE interbancaria: _____					



Firma del Beneficiario de pago	Lugar y fecha de reclamación

Nota: no se realizan pagos ni depósitos a tarjeta de crédito. Para transferencia electrónica es indispensable el llenado de estos 3 datos, mismos que serán válidos únicamente para esta reclamación. En caso de omisión, no será posible continuar con el análisis integral de su solicitud.

Datos personales

AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para el cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.

☐ Autorizo el tratamiento y transferencia de mis datos personales patrimoniales y financieros, para efectos del cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad.

☐ Autorizo la publicación de mi diagnóstico en la carta respuesta.

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

Autorizo que AXA trate mis datos personales sensibles y los transfiera a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio, para efectos del cumplimiento de las obligaciones derivadas del Contrato de Seguro.

☐ Sí acepto

Firma del Asegurado:

Autorizo que AXA, al inscribirme en alguno de los programas que incluye la Póliza de gastos médicos mayores, transfiera mis datos personales sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos, con la finalidad de ofrecerme los servicios de asistencia que me permitan dar seguimiento específico a mi padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y en su caso se me ofrezcan alternativas para el tratamiento de mi enfermedad.

☐ Sí acepto

Firma del Asegurado:

☐ No acepto

Autorizo que AXA transfiera mis datos personales relativos a la siniestralidad de mi Póliza a mi agente o al broker.

☐ Sí acepto

Firma del Asegurado:

☐ No acepto

Firma del Asegurado afectado o representante legal	Firma del Asegurado titular y/o Contratante	Lugar y fecha

Nota: siempre que se utilice el sistema de pago por reembolso, el Asegurado ratifica que contrató a su elección por nombre y cuenta de AXA Seguros, a los proveedores de los servicios médicos (personas morales) tales como hospitales, farmacias, laboratorios, proveedores de equipo médico incluyendo aparatos y prótesis. Los gastos que el Asegurado haya realizado por nombre y cuenta de AXA Seguros a favor de dichos proveedores le serán restituidos sujetos a los tabuladores y límites de cobertura de su Póliza. A excepción de los recibos de honorarios médicos, enfermería y farmacias, los cuales deben ser facturados a nombre del Contratante o Asegurado de la Póliza.

- Documentación para anexar en esta solicitud:
- Informe médico (no mayor a 6 meses), por cada siniestro o padecimiento ocurrido.
- Copia de recetas médicas (no mayores a 3 meses), señalando nombre del Asegurado afectado, fecha de elaboración.
- Estudios de laboratorio e interpretación con firma del médico.
- Facturas hospitalarias y de personas morales que generen IVA: facturar a nombre de AXA Seguros, S.A. de C.V., ASE931116231, Félix Cuevas 366, piso 3, col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México.
- Los comprobantes de honorarios médicos, farmacias y enfermería así como cualquier otro que genere ISR a retener: facturar a nombre del Asegurado.
- Identificación Oficial Vigente.

**Instrucciones**

1. Es necesario llenar el presente formato en su totalidad. Utilice letra de molde, legible y tinta negra.
2. El documento será inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras y debe presentarse en original.
3. La inexacta o falsa declaración de la información médica aquí detallada, exentará de toda responsabilidad a AXA Seguros.
4. Se debe actualizar cada 6 meses o cuando se cambie de médico tratante o cuando cambie el tratamiento o padecimiento.
5. Cada médico tratante e interconsultantes deberán llenar un informe médico.

Lugar:				Fecha:				
Información general								
Datos del Asegurado afectado (paciente).								
Apellido paterno:			Apellido materno:			Nombre(s):		
Edad:	Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	Sexo	Talla:	Peso:	Tensión arterial:
					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
Motivo de la atención médica								
<input type="checkbox"/> Enfermedad		<input type="checkbox"/> Accidente		<input type="checkbox"/> Maternidad		<input type="checkbox"/> Segunda opinión médica		
Tipo de estancia								
<input type="checkbox"/> Urgencia		<input type="checkbox"/> Hospitalización		<input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria		<input type="checkbox"/> Consultorio		
Antecedentes médicos								
Antecedentes patológicos (especificar fecha de inicio o tiempo con el padecimiento dd/mm/aaaa):				Antecedentes no patológicos (especificar frecuencia, cantidad y desde cuándo):				
<input type="checkbox"/> Cardíacos: _____		<input type="checkbox"/> Hipertensivos: _____		<input type="checkbox"/> ¿Fuma? _____				
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus: _____		<input type="checkbox"/> VIH/SIDA: _____		<input type="checkbox"/> ¿Consume bebidas alcohólicas? _____				
<input type="checkbox"/> Cáncer: _____		<input type="checkbox"/> Hepáticos: _____		<input type="checkbox"/> ¿Consume o ha consumido algún tipo de drogas? _____				
<input type="checkbox"/> Convulsivos: _____		<input type="checkbox"/> Otros: _____		<input type="checkbox"/> Otros: _____				
Antecedentes gineco-obstétricos.				Antecedentes perinatales (evolución, complicaciones, tratamientos).				
Gestación: _____ Partos: _____ Abortos: _____ Cesáreas: _____								
Fecha de última menstruación:		Día Mes Año						
Especificar si recibió tratamiento para infertilidad: _____								
Tiempo de evolución: _____				Tiempo de evolución: _____				
Referido por otro médico o unidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____								
Diagnóstico(s)								
Padecimiento actual (principales signos, síntomas y detalles de evolución):								
Fecha de padecimiento:				Fecha de diagnóstico:				
Día Mes Año				Día Mes Año				
Tipo de padecimiento:								
<input type="checkbox"/> Congénito		<input type="checkbox"/> Adquirido		<input type="checkbox"/> Agudo		<input type="checkbox"/> Crónico		Tiempo de evolución: _____



Causa o etiología del padecimiento (en caso de accidente, describa tiempo, modo y lugar donde ocurrió la lesión):

Tiene relación con otro padecimiento: ☐ Sí ☐ No

¿Cuál? _____

El padecimiento ocasionó incapacidad:

☐ Sí ☐ No ☐ Parcial ☐ Total Desde: _____ Hasta: _____

Diagnóstico (indicando si es unilateral o bilateral, derecho o izquierdo):

Código ICD: _____ Es cáncer: ☐ Sí ☐ No Escala TNM: _____

Señale los datos relevantes de exploración física:

Describe los estudios de laboratorio y/o gabinete que realizaron para confirmar el diagnóstico, con su interpretación:

Tratamiento

Tratamiento propuesto (quirúrgico, no quirúrgico):

Fecha de cirugía:

Día Mes Año

Fecha de hospitalización:	Día	Mes	Año	Fecha de alta:	Día	Mes	Año

Días que se brindó atención médica:

Sitio en el cual se realizará el procedimiento:

☐ Consultorio ☐ Hospital ☐ Gabinete ☐ Otro Especifique: _____

En caso de haber seleccionado hospital indique el nombre del hospital:

Se realizó estudio histopatológico: ☐ Sí ☐ No

Describe el resultado del estudio histopatológico:

Se presentaron complicaciones: ☐ Sí ☐ No

Describa las complicaciones:

Continuará recibiendo tratamiento en el futuro: ☐ Sí ☐ No

Describa el tratamiento:

Otros tratamientos y/o materiales, equipos y/o biológicos/monitoreos

Especificar tratamiento (sesiones de quimioterapia, sesiones de rehabilitación física, número de sesiones, cantidad, cada cuánto y durante cuánto tiempo):

Programación de sesiones de quimioterapia o radioterapia (en caso de ser más de 10 medicamentos, favor de llenar otro formato)

#	Nombre y presentación del medicamento (Ej: Paracetamol 100 mg)	Cantidad (Ej: 1 tableta)	Cada cuánto (Ej: Cada 24 hrs)	Durante cuánto tiempo (Ej: Por un mes)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Programación de sesiones de rehabilitación física

Días: _____ No. de sesiones: _____

Se requiere servicio de enfermeríaDías requeridos: _____ ☐ Matutino ☐ Vespertino ☐ Nocturno ☐ 24 horas

Nombre de medicamentos:



En caso de terapia inmunológica, biológica, etc., justifique el tratamiento:

Lista de materiales que utilizó o se utilizarán en cirugía y/o equipo especial (monitoreo, Da Vinci u otros):

Tipo de terapia:

Cédula de especialidad:

Detalle de evolución:

Observaciones

Si tiene alguna observación adicional, favor de agregarla aquí:

Datos del médico

Médico o especialista		Médico o especialista (anestesiólogo)	
Tipo de participación:		Tipo de participación:	
Nombre:		Nombre:	
Especialidad:		Especialidad:	
Cédula profesional:		Cédula profesional:	
Cédula de especialidad:		Cédula de especialidad:	
RFC:		RFC:	
Domicilio:		Domicilio:	
Teléfono:		Teléfono:	



Ayudante 1		Ayudante 2	
Tipo de participación:		Tipo de participación:	
Nombre:		Nombre:	
Otros médicos:			
Firma del médico		Lugar y fecha	
En caso de reembolso y/o programación de servicios, el asegurado deberá llenar el siguiente apartado:			
Datos personales			
AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para el cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad. <input type="checkbox"/> Autorizo el tratamiento y transferencia de mis datos personales patrimoniales y financieros, para efectos del cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad.			
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.			
Autorizo que AXA trate mis datos personales sensibles y los transfiera a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio, para efectos del cumplimiento de las obligaciones derivadas del Contrato de Seguro. <input type="checkbox"/> Sí acepto Firma del Asegurado: _____ <input type="checkbox"/> No acepto			
Autorizo que AXA Seguros S.A. de C.V., al inscribirme en alguno de los programas que incluye la Póliza de gastos médicos mayores, transfiera mis datos personales sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos, con la finalidad de ofrecerme los servicios de asistencia que me permitan dar seguimiento específico a mi padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y en su caso se me ofrezcan alternativas para el tratamiento de mi enfermedad. <input type="checkbox"/> Sí acepto Firma del Asegurado: _____ <input type="checkbox"/> No acepto			



Formato Único de Identificación y Conocimiento del Cliente

Personas Físicas

Todos los campos son obligatorios, excepto los opcionales marcados con asterisco.
Todos los datos de facturación deben de coincidir con tu CSF
(Constancia de Situación Fiscal).

Persona que recaba el formato

Contratante ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ Propietario real ☐ Proveedor de recursos ☐ Otro: _____

Datos generales

Nombre completo de la persona (como aparece en su identificación oficial) _____ RFC (con Homoclave) _____ Fecha de nacimiento _____ día _____ mes _____ año _____

Domicilio (calle, número ext., número int., colonia, código postal, alcaldía o municipio, población o ciudad, estado, país) _____

Nacionalidad(es) _____ País de nacimiento _____ Estado de nacimiento _____ Ocupación o profesión _____ Ingreso anual aproximado* (MN) _____

Tel. de contacto _____ Correo electrónico _____ CURP¹ _____

Número de serie del certificado de la Firma Electrónica Avanzada* _____ En caso de contar con domicilio y/o residencia fiscal en el extranjero, indicar: País: _____ Domicilio: _____ TIN: _____ **Datos de la Identificación Oficial Vigente** Emisor: _____ Tipo: _____ Clave: _____

Datos de facturación ☐ Mismo domicilio de datos generales

Domicilio fiscal (calle, número int., número ext., colonia, código postal, alcaldía o municipio, población o ciudad, estado, país) _____

Régimen fiscal _____ Clave de uso de CFDI _____

Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral, hasta el segundo grado, es una Persona Políticamente Expuesta².
☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, indicar el nombre completo: _____
Relación y puesto desempeñado: _____
En caso negativo en alguna de las siguientes preguntas, indicar el nombre completo y llenar el Formato Único para cada una.
¿Actúa en nombre y por cuenta propia?: ☐ Sí ☐ No
Nombre completo: _____
¿Es usted quien pagará la prima? ☐ Sí ☐ No
Nombre completo: _____

Exclusivo para agentes de seguros - entrevista con el cliente

Yo, agente de seguros, bajo protesta de decir verdad, hago constar que los datos contenidos en este formato fueron recabados del proponente y/o de su apoderado legal por medio de una entrevista personal de conformidad con el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus Disposiciones, o aquellas que lleguen a sustituirla, así como la Política de Identificación y Conocimiento de los Clientes de AXA Seguros, S.A. de C.V., manifestando que he cotejado los originales contra las copias que se anexan a este formulario.

Nombre del agente	No. de agente	Firma del agente

AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para todos los fines vinculados con la relación jurídica/ contractual que tengamos celebrado o en su caso se vaya a celebrar con usted y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral, que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.

☐ Autorizo el tratamiento de mis datos personales financieros y patrimoniales para efectos de lo antes previsto.
Para aquellos datos personales considerados sensibles, la firma de este documento servirá como manifestación expresa de esta autorización.

Reconozco que haré del conocimiento de los titulares, que proporcioné sus datos personales a AXA, así como el lugar en que pueden consultar el Aviso de Privacidad Integral.

Nombre y firma de la persona o del representante legal	Lugar y Fecha

¹El CURP es obligatorio para personas de nacionalidad mexicana o extranjeros residentes en México.

²Persona Políticamente Expuesta, es aquella que desempeña o ha desempeñado 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 o funcionario o miembro de partidos políticos y organizaciones internacionales.



Formato Único de Identificación y Conocimiento del Cliente

Personas Morales

Todos los campos son obligatorios, excepto los opcionales marcados con asterisco.
Todos los datos de facturación deben de coincidir con tu CSF (Constancia de Situación Fiscal).

Persona que recaba el formato

Contratante ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ Proveedor de Recursos ☐ Otro: _____

Datos generales

Razón Social		Fecha de constitución día mes año		Teléfono del domicilio	
Domicilio fiscal (calle, número int., número ext., colonia, código postal, alcaldía o municipio, población o ciudad, estado, país)					
Correo electrónico		Ingreso anual aproximado(MN)		Actividad, giro mercantil u objeto social	
País de Constitución		Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL), en caso de contar con él*		RFC (con Homoclave) o número de identificación fiscal en el extranjero:	
Entidad Federativa de Constitución					
Nacionalidad		Folio Mercantil del registro público		Si cuenta con un domicilio en el extranjero indique; País: _____ Domicilio: _____	
Nombre del(los) apoderado(s) legal(es)					

Datos de facturación

Régimen capital*	Régimen fiscal*	Clave de uso de CFDI

Datos de la Identificación del Apoderado y/o Representante Legal

Emisor	Tipo	Clave

Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Si dentro de la composición accionaria algún accionista, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado, es una Persona Políticamente Expuesta ¹ . <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre completo de la persona que desempeña o desempeñó el cargo público: _____ Relación y puesto desempeñado: _____	En caso negativo en alguna de las siguientes preguntas, indicar el nombre completo y llenar el Formato Único. ¿Actúa en nombre y por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre completo: _____ ¿Es usted quien pagará la prima? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre completo: _____
---	--

Exclusivo para agentes de seguros (entrevista con el cliente)

Yo, agente de seguros, declaro bajo protesta de decir verdad, hago constar que los datos contenidos en este formato fueron recabados del proponente y/o de su apoderado legal por medio de una entrevista personal de conformidad con el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus Disposiciones, o aquellas que lleguen a sustituirla, así como la Política de Identificación y Conocimiento de los Clientes de AXA Seguros, S.A. de C.V., manifestando que he cotejado los originales contra las copias que se anexan a este formulario.

Nombre del agente	No. de agente	Firma del agente

AXA Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para todos los fines vinculados con la relación jurídica/ contractual que tengamos celebrado o en su caso se vaya a celebrar con usted y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral, que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.

☐ Autorizo el tratamiento de mis datos personales financieros y patrimoniales para efectos de lo antes previsto.
Reconozco que haré del conocimiento de los titulares, que proporcioné sus datos personales a AXA, así como el lugar en que pueden consultar el Aviso de Privacidad Integral.

Nombre y firma de la persona o del representante legal	Lugar y fecha

¹Persona Políticamente Expuesta, es aquella que desempeña o ha desempeñado 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 o funcionario o miembro de partidos políticos y organizaciones internacionales.



Seguro de Accidentes Personales Anual ☐
Seguro Total de Accidentes Personales en Viajes ☐
Seguro de Accidentes Personales en Viajes Aéreos ☐

Seguro de Accidentes Personales Escolar ☐
Seguro de Accidentes Personales en Convenciones ☐

Contratante _____

Domicilio _____

Población _____

Solicito de **AXA Seguros, S.A. de C.V.**, la expedición de una póliza de seguro colectivo de accidentes de conformidad con las condiciones generales que se anexan y de acuerdo con la siguiente información:

Colectividad asegurable (elegibilidad) _____

Número de personas que la forman _____ Número de personas que van a asegurarse _____

Clase de ocupación de los integrantes _____

Cobertura Suma Asegurada o Regla para determinarla

I. Muerte accidental (sólo mayores de 12 años) _____

II. Pérdidas orgánicas _____

Escala A ☐ B ☐

III. Indemnización diaria _____

IV. Reembolso de gastos médicos _____

Subgrupo _____

Número de personas _____

Ocupaciones _____

Cobertura Suma Asegurada o Regla para determinarla

I. Muerte accidental (sólo mayores de 12 años) _____

II. Pérdidas orgánicas _____

Escala A ☐ B ☐

III. Indemnización diaria _____

IV. Reembolso de gastos médicos _____

Subgrupo _____

Número de personas _____

Ocupaciones _____

Cobertura

Suma Asegurada o Regla para determinarla

I. Muerte accidental (sólo mayores de 12 años)

II. Pérdidas orgánicas

Escala A B

III. Indemnización diaria

IV. Reembolso de gastos médicos

Subgrupo

Número de personas

Ocupaciones

Vigencia: Desde Hasta Periodicidad de pago

Cantidad con que cada asegurado contribuirá al pago de la prima

Observaciones:

Con la presente acompaño debidamente firmados, los consentimientos que forman parte de esta solicitud y que contienen los datos relativos a cada uno de los miembros de la colectividad.

Agente:

Nombre Núm. C. C.

Lugar y fecha

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Firma del Agente

Firma del Representante Legal del Contratante

Puesto que Ocupa