

## 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.



<b>Contractor:</b> Nombre o Razón Social del Contratante		<b>Policy No.:</b> Núm. de Póliza	<b>Certificate No.</b> Núm. de Certificado			
<b>Insurance Holder:</b> Nombre del Titular		<b>Relative to Insurance Holder:</b> Nombre del Titular				
<b>Patient's Name:</b> Nombre del paciente		<b>Insured Since:</b> MMDDYYYY Asegurado desde	<b>Gender:</b> <input type="checkbox"/> Male Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Female Femenino			
<b>E-mail:</b> Correo electrónico		<b>Telephone:</b> Teléfono	<b>Occupation:</b> Ocupación			
<b>DOB:</b> Fecha de nacimiento	MM DD YYYY	<b>Address:</b> Dirección				
<b>Claim Cause:</b> Causa	<input type="checkbox"/> Illness Enfermedad	<input type="checkbox"/> Accident Accidente	<input type="checkbox"/> Pregnancy Embarazo	<b>Type of claim</b> Tipo de reclamación:	<input type="checkbox"/> Initial Inicial	<input type="checkbox"/> Complement Complemento
<b>Have you had other health insurance services for this situation?</b> ¿Usted ha recibido cobertura de gastos médicos de alguna otra compañía por este evento?				<input type="checkbox"/> Yes	<b>Claim #:</b> Siniestro #	<b>Company:</b> Compañía
<input type="checkbox"/> No						
<b>Date of claim:</b> Fecha de reclamación	MM DD YYYY	<b>Date of the first consultation for this event:</b> Fecha primera consulta por esta enfermedad		MM DD YYYY		
<b>Date of the accident or when the first symptoms appeared:</b> Fecha del accidente o de la aparición de los primeros síntomas		MM DD YYYY	<b>Diagnosis:</b> Diagnóstico			
<b>Mention the symptoms that you had:</b> Indique los síntomas que presentó						
<b>If it was an accident, please detail how and where does it happened</b> Si fue un accidente, describa cómo y dónde sucedió						
<b>Authority that had knowledge of this case:</b> Autoridad que tuvo conocimiento del caso						
<b>In case of motor vehicle accident, do you have automobile insurance</b> En caso de accidente automovilístico, ¿tiene seguro de auto?				<b>Insurance's name:</b> Nombre de la aseguradora		
<b>Policy #:</b> Número de póliza		<b>Third party involved insurance's name:</b> Nombre de la aseguradora del tercero involucrado				
<b>Were you hospitalized?</b> ¿Estuve Hospitalizado?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Days #:</b> Número de días:	<b>Hospital's Name:</b> Nombre del Hospital		
<b>Physician's Name:</b> Nombre del Médico tratante				<b>Specialty:</b> Especialidad		
<b>Address:</b> Dirección:		<b>Telephone:</b> Teléfono:		<b>E-mail:</b> 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 its 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>						
<b>Holder's Name / Signature authorization:</b> Nombre / Firma del Titular de Póliza		<b>Patient's Name / Signature:</b> Nombre / Firma del Paciente			<b>Dated in:</b> 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.

<b>Información general de la Póliza</b>		
Nombre completo del Contratante de la Póliza:	No. de Póliza:	No. de Certificado (en caso de contar con este número):
<b>Información del Asegurado afectado</b>		
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:
<b>Datos de contacto del Asegurado afectado</b> (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):
<b>En caso de recibir apoyo de familiares o conocidos, es necesario llenar los siguientes datos de contacto</b>		
<b>Contacto 1</b>		
¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado? <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Esposo(a) o cónyuge <input type="checkbox"/> Amigo o conocido <input type="checkbox"/> Agente		
Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):
Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad):	Celular (con clave de ciudad):
<b>Contacto 2</b>		
¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado? <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Esposo(a) o cónyuge <input type="checkbox"/> Amigo o conocido <input type="checkbox"/> Agente		
Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):
Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad):	Celular (con clave de ciudad):
<b>Información de la programación</b>		
<input type="checkbox"/> Cirugía debido a un accidente <input type="checkbox"/> Cirugía debido a una enfermedad <input type="checkbox"/> Cirugía por maternidad <input type="checkbox"/> Hospitalización (en caso de necesitar estancia hospitalaria por algún otro servicio) <input type="checkbox"/> Segunda opinión médica	<input type="checkbox"/> Estudios (de laboratorio, de gabinete y/o de alta especialidad) <input type="checkbox"/> Medicamentos y/o equipo médico <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Otro, describir:	<input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Rehabilitación



**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:								
<b>Para un estudio u hospitalización, favor de completar esta sección</b>								
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:								
<b>Para una quimioterapia, radioterapia, hemodiálisis o rehabilitación, favor de completar esta sección</b>								
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

No acepto

**Firma del Asegurado:**

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

Sí acepto

No acepto

**Firma del Asegurado:**



Gastos Médicos Mayores  
Solicitud de Reembolso

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  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?  
Sí  No  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  No

Nombre y porcentaje de participación: \_\_\_\_\_



Gastos Médicos Mayores  
Solicitud de Reembolso

<b>Tipo de solicitud</b>			
<input type="checkbox"/> Reembolso de gastos médicos	<input type="checkbox"/> Carta de valoración	<input type="checkbox"/> Pago indemnizatorio	
<input type="checkbox"/> AP Estudiante	<input type="checkbox"/> Maternidad	<input type="checkbox"/> Gasto médico menor	
<b>Facturas o recibos presentados para reembolso</b>			
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Honorarios médicos	<input type="checkbox"/> Otro(s)	
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Patología (biopsia)	Especifique:	
<b>Tipo de reclamación</b>			
<input type="checkbox"/> Inicial	Siniestro:	Diagnóstico:	
<input type="checkbox"/> Complementaria			
<b>Aviso de accidente</b>			
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):	
<b>Facturas / Recibos adjuntos</b>			
Número de recibo	Número de factura	Especifique el tipo de tratamiento que ampara el comprobante (consulta, hospitalización, terapia, etc.)	Importe total Tipo de moneda
1.			<input type="checkbox"/> Dólar <input type="checkbox"/> M.N. <input type="checkbox"/> Otros
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
Total (a)			



Gastos Médicos Mayores  
Solicitud de Reembolso

**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.					
<b>Total (b)</b>					
<b>Total general (a+b)</b>					

**Beneficiario del pago**

Nombre: \_\_\_\_\_

Asegurado     Contratante     Padre, Madre o Tutor

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):		
<b>Estimado Asegurado, te informamos que solo emitimos pagos por transferencia electrónica</b>							
Banco: _____							
Número de cuenta: _____							
CLABE interbancaria: _____							



## Gastos Médicos Mayores Solicitud de Reembolso

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

No acepto

### Firma del Asegurado:

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

Sí acepto

No acepto

### Firma del Asegurado:

### 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 restituídos 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:								
<b>Información general</b>									
Datos del Asegurado afectado (paciente).									
Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):							
Edad:	Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Talla:	Peso:	Tensión arterial:	
<b>Motivo de la atención médica</b>									
<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Maternidad	<input type="checkbox"/> Segunda opinión médica						
<b>Tipo de estancia</b>									
<input type="checkbox"/> Urgencia	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria	<input type="checkbox"/> Consultorio						
<b>Antecedentes médicos</b>									
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"/> Cardiacos: _____	<input type="checkbox"/> Hipertensivos: _____	<input type="checkbox"/> ¿Fuma? _____							
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus: _____	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA: _____	<input type="checkbox"/> ¿Consumo bebidas alcohólicas? _____							
<input type="checkbox"/> Cáncer: _____	<input type="checkbox"/> Hepáticos: _____	<input type="checkbox"/> ¿Consumo 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? _____						
<b>Diagnóstico(s)</b>									
Padecimiento actual (principales signos, síntomas y detalles de evolución):      									
Fecha de padecimiento:	Día	Mes	Año	Fecha de diagnóstico:	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

Describa 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 enfermería**

Días 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:	



<b>Ayudante 1</b>		<b>Ayudante 2</b>	
Tipo de participación:		Tipo de participación:	
Nombre:		Nombre:	
Otros médicos:			
<b>Firma del médico</b>		<b>Lugar y fecha</b>	
<b>En caso de reembolso y/o programación de servicios, el asegurado deberá llenar el siguiente apartado:</b>			
<b>Datos personales</b>			
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.			
<b>Transferencia de datos a terceros</b>			
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	CURP <sup>1</sup>
------------------	--------------------	-------------------

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 Expuesta<sup>2</sup>.

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

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

<sup>2</sup>Persona 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	Teléfono del domicilio
	día      mes      año	
<b>Domicilio fiscal</b> (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*	
Entidad Federativa de Constitución	RFC (con Homoclave) o número de identificación fiscal en el extranjero:	
Nacionalidad	Folio Mercantil del registro público	Si cuenta con un domicilio en el extranjero indique; País: _____ Domicilio: _____
Nombre del(os) apoderado(s) legal(es)		

## Datos de facturación

Régimen capital*	Régimen fiscal*	Clave de uso de CFDI
<b>Datos de la Identificación del Apoderado y/o Representante Legal</b>		
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 <sup>1</sup> .	En caso negativo en alguna de las siguientes preguntas, indicar el nombre completo y llenar el Formato Único.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Actúa en nombre y por cuenta propia?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre completo de la persona que desempeña o desempeñó el cargo público: _____	Nombre completo:
Relación y puesto desempeñado: _____	¿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

<sup>1</sup>Persona 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 \_\_\_\_\_

<b>Cobertura</b>	<b>Suma Asegurada o Regla para determinarla</b>
I. Muerte accidental (sólo mayores de 12 años)	_____
II. Pérdidas orgánicas	_____
Escala A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	_____
III. Indemnización diaria	_____
IV. Reembolso de gastos médicos	_____
Subgrupo _____	Número de personas _____
Ocupaciones _____	_____

<b>Cobertura</b>	<b>Suma Asegurada o Regla para determinarla</b>
I. Muerte accidental (sólo mayores de 12 años)	_____
II. Pérdidas orgánicas	_____
Escala A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	_____
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 acompaña 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