



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? <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):

Contacto 2		
¿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):

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"/> Quimioterapia
<input type="checkbox"/> Cirugía por maternidad	<input type="checkbox"/> Hemodiálisis	<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Hospitalización (en caso de necesitar estancia hospitalaria por algún otro servicio)	<input type="checkbox"/> Rehabilitación	
<input type="checkbox"/> Segunda opinión médica	<input type="checkbox"/> Otro, describir: _____	



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, incluyendo datos personales sensibles relativos a la siniestralidad de mi Póliza al Contratante.

Sí acepto

Firma del Asegurado:

No acepto