



Es importante considerar que para que el pago directo pueda gestionarse deben cumplirse los siguientes aspectos:

- El proveedor hospitalario debe de pertenecer a nuestros proveedores en convenio.
- Haber recibido por parte del hospital la notificación de ingreso y compartir la información médica completa para poder ser dictaminado y emitir una respuesta.
- La cobertura en el extranjero debe incluir la modalidad de pago directo y estar vigente durante el internamiento.
- Es necesario notificar a AXA Seguros durante el periodo de hospitalización.
- Se requiere la obtención de informes médicos durante la estancia hospitalaria; después del egreso, gestionar esta información se vuelve más complejo. Sin estos informes y el dictamen correspondiente, no podemos garantizar la gestión de pago directo ni evitar cobros por la atención brindada.

Tipo de trámite: ☒ Nacional ☐ Internacional

Proceso por solicitar: ☐ Reembolso ☐ Programación ☐ Pago directo

#### Información general de la Póliza

|                                              |               |                                               |
|----------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------|
| Nombre completo del Contratante de la Póliza | No. de Póliza | No. de Certificado (en caso de contar con él) |
|----------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------|

#### Datos del Contratante y/o Titular de la póliza

|                   |                   |            |
|-------------------|-------------------|------------|
| 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<br>Calle | No. exterior | No. interior |
|--------------------|--------------|--------------|

|         |               |                    |                    |        |
|---------|---------------|--------------------|--------------------|--------|
| Colonia | Código postal | Municipio/Alcaldía | Población o ciudad | Estado |
|---------|---------------|--------------------|--------------------|--------|

|        |                |              |                       |
|--------|----------------|--------------|-----------------------|
| Estado | Régimen fiscal | Clave de uso | C.P. domicilio fiscal |
|--------|----------------|--------------|-----------------------|

|                                      |
|--------------------------------------|
| Número de Firma Electrónica Avanzada |
|--------------------------------------|

|                    |                                |                                    |
|--------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Correo electrónico | Teléfono (con clave de ciudad) | Tel. celular (con clave de ciudad) |
|--------------------|--------------------------------|------------------------------------|

#### Datos del Asegurado afectado (solo si es diferente y/o titular de la póliza, en caso de ser menor de edad colocar datos de contacto del tutor)

|                 |
|-----------------|
| Nombre completo |
|-----------------|

|                    |                                |                                    |
|--------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Correo electrónico | Teléfono (con clave de ciudad) | Tel. celular (con clave de ciudad) |
|--------------------|--------------------------------|------------------------------------|



**Datos de contacto** (en caso de recibir apoyo de familiares o conocidos es necesario llenar los siguientes campos de datos de contacto)

**Contacto 1: Familiar o representante legal**

¿Cuál es su relación con el Asegurado afectado? ☐ Familiar ☐ Espos(a) o cónyuge ☐ Amigo o conocido

|                   |                   |            |
|-------------------|-------------------|------------|
| Apellido paterno: | Apellido materno: | Nombre(s): |
|-------------------|-------------------|------------|

|                    |                                |                                    |
|--------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Correo electrónico | Teléfono (con clave de ciudad) | Tel. celular (con clave de ciudad) |
|--------------------|--------------------------------|------------------------------------|

¿Cuál es el medio preferente que desea ser contactado?

**Contacto 2: Agente ¿Quiero proporcionar información a mi agente?** ☐ Sí ☐ No

|                   |                   |            |
|-------------------|-------------------|------------|
| Apellido paterno: | Apellido materno: | Nombre(s): |
|-------------------|-------------------|------------|

|                    |                                |                                    |
|--------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Correo electrónico | Teléfono (con clave de ciudad) | Tel. celular (con clave de ciudad) |
|--------------------|--------------------------------|------------------------------------|

**Tipo de evento**

☐ Enfermedad ☐ Accidente ☐ Maternidad

**Inicial o complementaria**

¿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 una reclamación.

Motivo por el cual acudió a la atención médica (descripción de los síntomas):

En caso de accidente, describa el lugar, cuándo y cómo ocurrió el evento, detallando qué provocó la lesión:

Nombre de Médico o persona que brinda atención:

Hospital, Clínica o Sanatorio que brinda la atención:

Fecha en que visitó por primera vez al médico por este padecimiento: Lugar

día mes año

**Proceso por solicitar:**

☒ Reembolso (Facturas) ☐ Programación (especificar cantidad y duración de tratamiento) ☐ Pago Directo

| Especifique el tipo de tratamiento o medicamento a solicitar | Número de factura o cantidad (según aplique). | Durante cuánto tiempo se requiere. (Ej. Un mes). | Importe (en caso de reembolso). |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------|
| 1.                                                           |                                               |                                                  |                                 |
| 2.                                                           |                                               |                                                  |                                 |
| 3.                                                           |                                               |                                                  |                                 |



|     |  |  |  |
|-----|--|--|--|
| 4.  |  |  |  |
| 5.  |  |  |  |
| 6.  |  |  |  |
| 7.  |  |  |  |
| 8.  |  |  |  |
| 9.  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |

**Total \$**

**Nota:** solo se considerarán los medicamentos enlistados en este apartado. En caso de requerir enlistar más medicamentos, será necesario llenar otro formato.

**En caso de requerir equipo médico favor de especificar cuál:**

**Para un estudio, hospitalización, quimioterapia, radioterapia, hemodiálisis o rehabilitación completar la siguiente sección:**

|                                    |                                                       |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Fecha de programación del servicio | Hospital, Clínica o Sanatorio que brinda la atención: |
| día mes año                        |                                                       |

|                                                            |                    |                    |
|------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|
| <b>Domicilio del lugar que brinda la atención</b><br>Calle | No. exterior       | No. interior       |
| Colonia                                                    | Código postal      | Municipio/Alcaldía |
|                                                            | Población o ciudad | Estado             |

Teléfono de contacto del lugar que brinda la atención:

**Especificar en caso de programación de medicamentos o insumos indicar la dirección de entrega\*:**

|                                                            |                    |                    |
|------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|
| <b>Domicilio del lugar que brinda la atención</b><br>Calle | No. exterior       | No. interior       |
| Colonia                                                    | Código postal      | Municipio/Alcaldía |
|                                                            | Población o ciudad | Estado             |

**Beneficiario del pago.**

Llenar solo en caso de solicitar un reembolso

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 Contratante, Padre, Madre o Tutor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                                                         |                     |                                |               |         |                                    |            |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------|---------------|---------|------------------------------------|------------|--------------------|
| Apellido paterno:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |                                                                         |                     | Apellido materno:              |               |         |                                    | Nombre(s): |                    |
| Edad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Sexo                 | <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino | Fecha de nacimiento |                                |               | día     | mes                                | año        | País de nacimiento |
| RFC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                                                         |                     |                                | CURP          |         |                                    |            |                    |
| Domicilio<br>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>Te informamos que solo emitimos pagos por transferencia electrónica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |                                                                         |                     |                                |               |         |                                    |            |                    |
| Banco:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                                                                         |                     |                                |               |         |                                    |            |                    |
| Número de cuenta:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |                                                                         |                     |                                |               |         |                                    |            |                    |
| CLABE interbancaria:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                                                                         |                     |                                |               |         |                                    |            |                    |
| Datos personales y Transferencia de datos a terceros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                                                                         |                     |                                |               |         |                                    |            |                    |
| <p><b>AXA Seguros, S.A. de C.V. ("AXA") con domicilio en Avenida Félix Cuevas 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México) llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales, incluidos datos patrimoniales, financieros y sensibles ("Datos"), para evaluar su solicitud de seguro, determinar su prima, ofrecerle productos, servicios, en su caso la emisión/operación de la póliza y demás finalidades especificadas en nuestro aviso de privacidad integral disponible en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.</b></p> <p><b>Con la firma de esta solicitud de seguro, usted autoriza a AXA el tratamiento de sus Datos, finalidades y su transferencia a terceros autorizados.</b></p> <p><b>Si proporciona Datos de terceros, se compromete a informarles sobre su entrega, finalidades y dónde consultar el Aviso de Privacidad Integral.</b></p> <p><b>Usted podrá oponerse al tratamiento de sus Datos para finalidades secundarias como ofrecimiento y promoción de servicios, mediante el procedimiento establecido en el aviso de privacidad integral, disponible en axa.mx</b></p> <p><b>Estoy consciente y conforme con la información médica y administrativa presentada para la atención de esta solicitud de siniestro.</b></p> |                      |                                                                         |                     |                                |               |         |                                    |            |                    |
| Firma del Asegurado afectado o representante legal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                                                         |                     |                                | Lugar y fecha |         |                                    |            |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                                                         |                     |                                |               |         |                                    |            |                    |