



Este Formulario de Siniestros deberá ser utilizado solo si el proveedor no presentó siniestros directamente a Administrative Services, S.A. de C.V. en su nombre. Envíe este formulario junto con las facturas detalladas, diagnóstico y recibos.

Se requiere completar todos los campos a continuación para procesar esta solicitud de reembolso.

A. INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

Apellido

Nombre

Nombre del grupo (si se aplica)

Número de Póliza AXA

Número de ID SureGo

Correo electrónico

Dirección actual de residencia

País

Teléfono

B. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Titular de la Póliza Dependiente

Género: Masculino Femenino

Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

C. INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Diagnóstico o tipo de accidente (en caso de accidente, por favor llenar la sección F de este formulario así como el cuestionario de accidente).

Esta solicitud está relacionada a tratamiento de maternidad: Sí No

Fecha de parto (dd/mm/aaaa) _____

Fecha en que los síntomas empezaron a ser notados por el paciente (dd/mm/aaaa) _____



D. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR (médico o instalación)

Nombre del médico / instalación / proveedor

Dirección

País

Teléfono

Correo electrónico

E. INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS

Indique si el paciente tiene cobertura adicional por cualquier otro plan de salud: Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre y dirección de la otra aseguradora y número de póliza:

F. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE (si es aplicable adjunte copia del reporte policial)

El accidente fue debido a:

A. La ocupación del paciente Sí No

B. Un accidente de automóvil Sí No

De ser afirmativo, por favor proporcione la información del seguro de automóvil (nombre de la empresa y número de póliza)

C. Otro tipo de accidente Sí No

Indique los detalles del accidente



• : **INFORMACIÓN PARA REEMBOLSO**

Transferencia bancaria

Datos bancarios del Beneficiario

Nombre completo / Razón social

Banco

Tipo de cuenta y número de cuenta

Clabe interbancaria y código SWIFT

RFC

ISR

Información importante para ser completada por el paciente

Cualquier persona que conscientemente presente una declaración de siniestro que contenga cualquier declaración o cualquier información falsa o incompleta, puede ser culpable de un delito susceptible de sanción por la ley y puede estar sujeto a sanciones civiles. Las respuestas anteriores son verdaderas y correctas según mi conocimiento.

Datos personales

AXA Seguros, S.A de C.V (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, delegación 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.

Nombre del paciente *(Representante legal si el paciente es menor de 18 años)*

Firma

Fecha (dd/mm/aaaa)

Contacte a nuestro departamento de servicio al cliente para cualquier consulta acerca de siniestros:
Llamada para México: (5255) 4631-9837. | Sin costo en el extranjero: (305) 741-3919.
A través del correo: serviciomx@trawicklatam.com