

INSTRUCCIONES

1. Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el Asegurado con letra de molde. 2. Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa y detallada. 3. Por el hecho de proporcionar este formulario. La institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza. 4. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN

☐ Reembolso

☐ Programación de Cirugía - Tratamiento

☐ Pago Directo

☐ Segunda Opinión Médica

TIPO DE RECLAMACIÓN

☐ Inicial

☐ Complementaria

☐ Accidente

☐ Embarazo

☐ Enfermedad

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA Y DEL ASEGURADO

Nombre o Razón Social del Contratante

No. de Póliza

Asegurado Titular (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))

R.F.C. o C.U.R.P.

Asegurado Afectado (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))

R.F.C. o C.U.R.P.

No. Certificado del Afectado

Fecha de Alta

Día

Mes

Año

Nacionalidad

Fecha de Nacimiento

Día

Mes

Año

Sexo

☐ F

☐ M

Parentesco con el Titular

Correo electrónico

Teléfono y Lada

Teléfono celular

Domicilio Calle

No. Exterior

No. Interior

Colonia

C. P.

Estado

Delegación

Ocupación o Profesión

Nombre del lugar de trabajo

Giro de la Empresa

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o Accidente en esta u otra compañía? Sí ☐ No ☐

Si su respuesta fue afirmativa indique No. de Siniestro

Compañía

Fecha de Reclamación

Día

Mes

Año

¿Actualmente tiene otro seguro? Sí ☐ No ☐

Compañía

Fecha en que ocurrió el Accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad

Día

Mes

Año

Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó:

Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad

Día

Mes

Año

Indique el diagnóstico motivo de su reclamación

Si es Accidente detállese. ¿Cómo y dónde fue?

Autoridad que tomó conocimiento del Accidente (anexar copias del Ministerio Público)

En caso de Accidente Automovilístico ¿Cuenta con seguro de automóvil? Sí ☐ No ☐

Nombre de la Compañía

Cobertura

Suma Asegurada

No. de Póliza

Cía. del Tercero

Hospital en que fue atendido

¿Estuvo hospitalizado? Sí ☐ No ☐

Días de Estancia

¿Qué estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento?

MÉDICO TRATANTE Y MÉDICOS CONSULTADOS

Nombre del Médico Tratante

Especialidad

Dirección

Teléfono y correo electrónico

Médicos que ha consultado en los últimos dos años.

Nombre / Especialidad

Causa / Fecha

Teléfono y correo electrónico

DOCUMENTOS A PRESENTAR:

1. Copia de la actuación del Ministerio Público o atención recibida de la institución (en caso de Accidente). 2. Interpretación de estudios Radiológicos o de Gabinete. 3. Copia de identificación oficial del Asegurado afectado (IFE, Pasaporte y en caso de menores de 5 años Acta de Nacimiento). 4. Recibos de gastos que cuenten con los requisitos fiscales (quedarán sin validez copias, recibos provisionales, estados de cuenta, etc.). 5. Por cada médico tratante se deberán llenar los informes médicos correspondientes y su participación en el evento.

Notas: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el siguiente cuestionario, invalida de toda responsabilidad a la institución. Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios y clínicas a los que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, para que proporcione toda la información que sea solicitada por AXA Seguros, S.A. de C.V., tales como resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi reclamación. En relación a lo anterior relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información, así mismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen la información de su conocimiento. Este formato puede ser utilizado en original o copia.

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR

NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO

LUGAR Y FECHA

Solicitud de reembolso de Gastos Médicos Mayores complementaria
Pasos a seguir

- Este formato debe ser llenado y firmado en su totalidad por el asegurado, con letra de molde.
- Debe entregar la información médica actualizada de su padecimiento en esta solicitud complementaria cuando suceda uno de los siguientes eventos:
 - Cada aniversario de la fecha en que inició la reclamación.
 - Cuando hayan pasado más de 6 meses de que ingresó su última reclamación.
- Los documentos a entregar son:
 - Identificación oficial del beneficiario del pago.
 - Copia de los estudios de laboratorio y/o gabinete o interpretación, cuando se hayan realizado.
 - Recetas médicas para el reembolso de medicamentos.
 - Originales de facturas y recibos de honorarios a reembolsar.
 - Comprobante de domicilio no mayor a tres meses de antigüedad, en caso de no coincidir el domicilio actual con la identificación del IFE.
 - Para el pago por transferencia electrónica, deberá proporcionar en este formato el nombre del banco, plaza, sucursal, cuenta y clabe interbancaria para el depósito de su reembolso o ingresar copia del estado de cuenta o consulta interbancaria (única ocasión), considerando únicamente como beneficiarios del pago a los asegurados que se encuentren registrados dentro de la póliza.
- A excepción de los recibos de honorarios médicos, enfermería y/o farmacias, los cuales deben ser facturados a nombre del contratante o Asegurado de la póliza, los comprobantes originales de gastos deben estar a nombre de **AXA Seguros, S.A. de C.V.**, con R.F.C. ASE931116231, domicilio fiscal en Xola 535, piso 27, colonia del Valle, delegación Benito Juárez, C.P. 03100, México, D.F.
- Pólizas de colectivo. En caso de ser procedente la reclamación, el titular de la póliza está de acuerdo en que el pago de la reclamación se llevará a cabo mediante la transferencia electrónica a la cuenta bancaria del titular proporcionada por el contratante para la emisión de la póliza.

Datos del paciente

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno				CURP o R.F.C.															
¿Estuvo hospitalizado?		Hospital en el que fue atendido				Días de estancia		Día		Mes		Año		Día		Mes		Año	
☐ Sí ☐ No						desde						hasta							
No. póliza		No. certificado del paciente				No. siniestro				No. autorización									
Nombre o razón social del contratante																			

Causa de la reclamación

☐ Accidente
 ☐ Embarazo
 ☐ Enfermedad
 ☐ Gastos funerarios
 ☐ Renta diaria
 ☐ Muerte accidental
 ☐ Protección efectiva

Documentación adjunta

☐ Informe médico del(os) Dr.(es) tratante(s) y/o consultado(s)
 Dr.(a) _____ Especialidad _____ No. cédula _____
 Dr.(a) _____ Especialidad _____ No. cédula _____

☐ Historia(s) clínica(s)
 Resultados de los siguientes estudios:
☐ Orina ☐ Sangre ☐ Imagenología (radiografía, tomografía, ultrasonido, etc) ☐ Otros (especifique) _____

☐ Comprobantes de pago:

Número de recibo	R.F.C.	Monto	Número de recibo	R.F.C.	Monto
1.		\$	9.		\$
2.		\$	10.		\$
3.		\$	11.		\$
4.		\$	12.		\$
5.		\$	13.		\$
6.		\$	14.		\$
7.		\$	15.		\$
8.		\$			
Total					\$

Contacto por el cual entrega la documentación a AXA:

☐ Titular
 ☐ Paciente
 ☐ Agente
 ☐ Tercero
 Teléfono: 01 _____ Correo electrónico: _____

Contacto por el cual deseas recibir nuestra respuesta:

☐ Titular
 ☐ Paciente
 ☐ Agente
 ☐ Tercero
 Teléfono: 01 _____ Correo electrónico: _____

Datos del beneficiario del pago	
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social	
R.F.C.	Correo electrónico
Opción de pago	
☐ Transferencia electrónica ☐ Orden de pago	
¿La cuenta es diferente a la que proporcionó en la solicitud inicial de reembolso? ☐ Si ☐ No En caso de que la respuesta sea afirmativa, llene los siguientes datos.	
Banco	Plaza Sucursal
Número de cuenta	Clabe interbancaria (Utilizada para cuentas en México/18 dígitos numéricos)
Notas importantes: El asegurado declara bajo protesta de decir verdad que la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, por lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad a esta compañía por los pagos/depósitos, que a favor de dichas cuentas ésta efectúe. La recepción de esta solicitud de reembolso no obliga a la aseguradora al pago de la indemnización solicitada, por lo cual no queda obligada a determinar como procedente la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza de seguro. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y lo declarado en esta solicitud formará parte del expediente médico del asegurado. En caso de transferencia electrónica se tomarán los datos presentados en la reclamación inicial. Una vez determinada la procedencia de la reclamación queda expresamente convenido que al recibir el pago como indemnización por el medio indicado, el beneficiario del seguro otorgara a favor de el más amplio finiquito que en derecho procedan o reservando acción o derecho que ejercitar en contra de la compañía, sea de naturaleza, civil, penal, mercantil o de cualquier otra índole, con motivo del siniestro que fue materia de reclamación presentada bajo el amparo de la póliza de seguro contratada. Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de AXA Seguros, S.A. de C.V. por lo que de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares autorizo que los datos personales proporcionados en esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro. El llenado de este formato no obliga a la institución a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes.	
☐ Desea recibir por mensaje SMS su respuesta (sólo aplica con Telefónica Movistar o Telcel). Tel. celular	
Nombre del contacto	
☐ Titular ☐ Afectado ☐ Agente ☐ Tercero ☐ Correo electrónico	
Observaciones	
Firma del beneficiario del pago	Lugar y fecha de la reclamación



Solicitud de reembolso de Gastos Médicos Mayores Inicial

Pasos a seguir

- Este formato debe ser llenado y firmado en su totalidad por el asegurado, con letra de molde.
- Los documentos a entregar son:
 - Informe médico por enfermedad o accidente de cada médico tratante.
 - Identificación oficial del beneficiario del pago.
 - Copia de los estudios de laboratorio y/o gabinete o interpretación, cuando se hayan realizado.
 - Recetas médicas para el reembolso de medicamentos.
 - Originales de facturas y recibos de honorarios a reembolsar.
 - Comprobante de domicilio no mayor a tres meses de antigüedad, en caso de no coincidir el domicilio actual con la identificación del IFE.
 - Para el pago por transferencia electrónica, deberá proporcionar en este formato el nombre del banco, plaza, sucursal, cuenta y clabe interbancaria para el depósito de su reembolso o ingresar copia del estado de cuenta o consulta interbancaria (única ocasión), considerando únicamente como beneficiarios del pago a los asegurados que se encuentren registrados dentro de la póliza.
- A excepción de los recibos de honorarios médicos, enfermería y/o farmacias, los cuales deben ser facturados a nombre del contratante o Asegurado de la póliza, los comprobantes originales de gastos deben estar a nombre de **AXA Seguros, S.A. de C.V.**, con R.F.C. ASE931116231, domicilio fiscal en Xola 535, piso 27, colonia del Valle, delegación Benito Juárez, C.P. 03100, México, D.F.
- Pólizas de colectivo. En caso de ser procedente la reclamación, el titular de la póliza está de acuerdo en que el pago de la reclamación se llevará a cabo mediante la transferencia electrónica a la cuenta bancaria del titular proporcionada por el contratante para la emisión de la póliza.

Datos del paciente

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno						CURP o R.F.C.							
Fecha de nacimiento				Día Mes Año		Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino		Parentesco con el titular					
No. póliza				No. certificado del paciente				Fecha de alta				Día Mes Año	
Nombre o razón social del contratante													

Causa de la reclamación

- ☐ Accidente
 ☐ Embarazo
 ☐ Enfermedad
 ☐ Gastos funerarios
 ☐ Renta diaria
 ☐ Muerte accidental
 ☐ Protección efectiva
- ☐ Actualización de información del pago

Antecedentes

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en ésta u otra compañía?												☐ Sí ☐ No			
Si su respuesta es afirmativa, indique el número de siniestro								Compañía							
Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad								Día		Mes		Año			
Indique el tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó															
Fecha en que visitó al médico por esta enfermedad								Día		Mes		Año		Indique el diagnóstico motivo de su reclamación	
¿Estuvo hospitalizado?		Hospital en el que fue atendido						Días de estancia		Día		Mes		Año	
☐ Sí ☐ No								desde				hasta			
¿Actualmente tiene otro seguro de gastos médicos?								☐ Sí ☐ No		Compañía					
Si es un accidente detalle, ¿cómo y dónde fue?															
Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias del ministerio público)															
En caso de accidente automovilístico, ¿cuenta con seguro de auto?								Nombre de la compañía							
☐ Sí ☐ No															
Cobertura				Suma asegurada				No. de póliza				Compañía del tercero			

Documentación adjunta

☐ Informe médico del(os) Dr.(es) tratante(s) y/o consultado(s) Dr.(a) _____ Especialidad _____ No. cédula _____ Dr.(a) _____ Especialidad _____ No. cédula _____													
☐ Historia(s) clínica(s) Resultados de los siguientes estudios: ☐ Orina ☐ Sangre ☐ Imagenología (radiografía, tomografía, ultrasonido, etc) ☐ Otros (especifique) _____													
Contacto por el cual entrega la documentación a AXA: ☐ Titular ☐ Afectado ☐ Agente ☐ Tercero Teléfono: 01 _____ Correo electrónico: _____ Contacto por el cual desea recibir nuestra respuesta: ☐ Titular ☐ Afectado ☐ Agente ☐ Tercero Teléfono: 01 _____ Correo electrónico: _____													

Documentación adjunta (Continuación)					
☐ Comprobantes de pago:					
Número de recibo	R.F.C.	Monto	Número de recibo	R.F.C.	Monto
1.		\$	8.		\$
2.		\$	9.		\$
3.		\$	10.		\$
4.		\$	11.		\$
5.		\$	12.		\$
6.		\$	13.		\$
7.		\$	14.		\$
Datos del beneficiario del pago					
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno			CURP o R.F.C.		
Fecha de nacimiento			Nacionalidad		
Día	Mes	Año	☐ Mexicana ☐ Extranjera		
Parentesco con el titular		Tel. particular		Tel. oficina	
		01		01	
Tel. celular		Correo electrónico			
Domicilio		No.	Colonia	Código postal	Delegación o municipio
Calle					
Ciudad		Estado	País	Actividad o giro del negocio	
Ocupación/profesión del Asegurado a la fecha del siniestro					
☐ Desea recibir por mensaje SMS su respuesta (sólo aplica con Telefónica Movistar o Telcel)					
Llenar estos datos en caso de ser extranjero					
Domicilio		No.	Colonia	Código postal	Delegación o municipio
Calle					
Ciudad		Estado	País	Teléfono	
Opción de pago					
☐ Transferencia electrónica ☐ Orden de pago		Banco	Plaza	Sucursal	
Número de cuenta		Clabe interbancaria (Utilizada para cuentas en México/18 dígitos numéricos)			
Notas importantes: El asegurado declara bajo protesta de decir verdad que la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, por lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad a esta compañía por los pagos/depositos, que a favor de dichas cuentas ésta efectúe. La recepción de esta solicitud de reembolso no obliga a la aseguradora al pago de la indemnización solicitada, por lo cual no queda obligada a determinar como procedente la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza de seguro. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y lo declarado en esta solicitud formará parte del expediente médico del asegurado. En caso de transferencia electrónica se tomarán los datos presentados en la reclamación inicial. Una vez determinada la procedencia de la reclamación queda expresamente convenido que al recibir el pago como indemnización por el medio indicado, el beneficiario del seguro otorgara a favor de el más amplio finiquito que en derecho procedan o reservando acción o derecho que ejercitar en contra de la compañía, sea de naturaleza, civil, penal, mercantil o de cualquier otra índole, con motivo del siniestro que fue materia de reclamación presentada bajo el amparo de la póliza de seguro contratada.					
Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de AXA Seguros, S.A. de C.V. por lo que de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares autorizo que los datos personales proporcionados en esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro.					
El llenado de este formato no obliga a la institución a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes.					
Firma del beneficiario del pago			Lugar y fecha de la reclamación		
Artículo 140 Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros					
Para ser llenado por el beneficiario del pago					
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?		En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa			
Sí ☐ No ☐					
Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación				Parentesco o vínculo con usted	
4. ¿Es accionista o socio de alguna sociedad o asociación?		Nombre y porcentaje de participación		Firma	
Sí ☐ No ☐					

Instrucciones

1. Este formato debe llenarse por el médico tratante que atiende al paciente.
2. Dependiendo el procedimiento interno del hospital y si forma parte o no de nuestros prestadores en convenio para pago directo, llene este formato y entréguelo al paciente, familiar o personal del hospital correspondiente para su posterior entrega a AXA.
3. Cualquier modificación o alteración de la información médica aquí declarada surtirá efectos legales.

Información de su paciente

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno			Edad	Causas de la atención médica ☐ Enfermedad ☐ Accidente ☐ Embarazo			Fecha de elaboración			Día	Mes	Año
Talla	Peso	Tensión arterial (TA)	Frecuencia cardíaca	Frecuencia respiratoria	Temperatura							
cm	kg	mm/Hg	x'	x'	°C							

Antecedentes patológicos
Diagnóstico(s)

Principales signos, síntomas y detalles de evolución	Fecha de inicio de síntomas		
	Día	Mes	Año
	Dependiendo el tipo de padecimiento, indique el periodo de evolución		
☐ 1 a 3 meses ☐ 6 a 12 meses ☐ 3 a 6 meses ☐ Más de un año			

1)

2)

3)

Fecha del diagnóstico	Día	Mes	Año	Tipo de padecimiento			
				☐ Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico			
¿Se relaciona su diagnóstico a otra enfermedad o accidente?				Fecha en que vio por primera vez al paciente			
☐ Sí ☐ No ¿Cuál?				Día Mes Año			

Nombre del hospital o lugar donde tuvo o tendrá la cirugía o tratamiento médico				Ciudad			
Fecha de ingreso				Fecha de egreso			
Día Mes Año				Día Mes Año			
Tipo de estancia							
☐ Urgencia ☐ Hospitalaria ☐ Corta estancia/Ambulatoria							

Estudios practicados al paciente

a) Cirugía

Describa el procedimiento quirúrgico

En caso de cirugía ortopédica, cardiológica o neurológica, indique el material a emplear

Indique el nombre del equipo quirúrgico incluyendo interconsultantes

Especialidad

Anestesiólogo _____

Ayudante 1 _____

Ayudante 2 _____

Otro(s) médico(s) _____

Describe el tratamiento completo sólo en caso de terapia inmunológica, biológica o quimioterapia (poner una breve especificación para los demás casos)

¿Existen o existieron complicaciones en el tratamiento?

☐ Sí ☐ No Describalas incluyendo antecedentes y fechas aproximadas

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno		Cédula profesional
Especialidad	Cédula de especialidad	R.F.C.
Si no forma parte de los prestadores en convenio para pago directo, indique los siguientes datos.	Teléfono	Correo electrónico

Nota: Como médico tratante y de conformidad con la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares, he obtenido del paciente su autorización para transferir sus datos médicos a AXA Seguros S.A. de C.V., todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en este formato fue tomada directamente tanto del paciente asegurado, o de los familiares responsables en el caso de los menores o discapacitados, como del expediente clínico que obra en mi poder y que cualquier declaración inexacta o falsa en este cuestionario relevará de toda responsabilidad a la Compañía.

Firma del médico tratante	Lugar y fecha

**SOLICITUD DE RECLAMACIÓN POR FALLECIMIENTO Y/O GASTOS FUNERARIOS****DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE LA RECLAMACIÓN****DOCUMENTACIÓN GENERAL****Estimado Asegurado o Beneficiario, por favor, reúna y entregue los documentos necesarios para el pago de su reclamación:**

- ☐ 1. Acta de Defunción (copia certificada).
- ☐ 2. Acta de Nacimiento del Asegurado (copia certificada).
- ☐ 3. Acta de Nacimiento de los Beneficiarios (copia certificada).
- ☐ 4. Acta de Matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el Beneficiario (copia certificada).
- ☐ 5. Si algún Beneficiario ha fallecido, presentar acta de defunción correspondiente (copia certificada).
- ☐ 6. Identificación Oficial del Asegurado y el(los) Beneficiario(s) (original y copia de credencial de elector, pasaporte o cédula profesional).
- ☐ 7. Comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.) sólo cuando el indicado en esta Solicitud no coincida con el de la identificación presentada.
- ☐ 8. En caso de muerte accidental, presentar actuaciones de Ministerio Público completos (acuerdo de inicio, inspección ocular del lugar de los hechos, fe y levantamiento del cadáver, necropsia, reporte de la policía ministerial, declaración de testigos de identidad cadavérica y de hechos, resultado de estudios practicados para determinar la presencia de alcohol y tóxicos, dictámenes de todos los peritajes llevados a cabo, en caso de muerte accidental en automóvil, el reporte de accidente).
- ☐ 9. En caso de solicitar el pago por transferencia electrónica ingresar un estado de cuenta bancario o consulta de la clabe interbancaria donde se indique claramente la Cuenta CLABE, la sucursal, la plaza y nombre del Titular de la cuenta por cada Beneficiario del pago.

Para el pago a una persona moral además de lo anterior, anexar:

- ☐ 10. Acta Constitutiva (copia certificada).
- ☐ 11. Cédula de identificación fiscal.
- ☐ 12. Comprobante de domicilio (con antigüedad menor a 3 meses).
- ☐ 13. Copia certificada de los poderes e identificación del(os) representante(s).
- ☐ 14. Para Empresas de Reciente Constitución presentar la Manifestación de futura inscripción al registro.

A) PARA PÓLIZAS DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL, ADEMÁS DE LOS PUNTOS DEL 1 AL 14, ANEXAR:

- ☐ 15a. Póliza original con endosos incluidos. En caso de no tenerla anexar carta explicando el motivo.
- ☐ 16a. Último recibo de pago de primas.
- ☐ 17a. Cuando el Beneficiario sea alguna institución bancaria por razón de algún crédito otorgado al Asegurado, será necesario el estado de cuenta a la fecha del fallecimiento, con sello y firma.
- ☐ 18a. Cuando el Beneficiario sea un Contrato de Fideicomiso, la solicitud la deberá presentar el Banco y adjuntar copia del Contrato.

B) PARA PÓLIZAS DE SEGURO GRUPO Y COLECTIVO, ADEMÁS DE LOS PUNTOS DEL 1 AL 14, ANEXAR:

- ☐ 15b. Cuando la Suma Asegurada se determine por meses de sueldo, incluir el último recibo de nómina y, en su caso, el último aviso de modificación al salario ante el IMSS, ISSSTE u otro.
- ☐ 16b. Si el Asegurado ingresó a la Empresa después de la última renovación, entregar el aviso de alta ante el IMSS, ISSSTE o contrato individual de trabajo (copia legible), y copia de los recibos de sueldo de los últimos tres meses.
- ☐ 17b. Certificado de Consentimiento del Seguro de Vida, firmados por el Asegurado (original).
- ☐ 18b. Carta de certificación de la reclamación firmada por parte del Contratante.

C) PARA PÓLIZAS DE SEGURO COLECTIVO DEUDORES, ADEMÁS DE LOS PUNTOS DEL 1 AL 14, ANEXAR:

- ☐ 15c. Contrato del Crédito otorgado (copia certificada).
- ☐ 16c. Saldos actualizados a la fecha del fallecimiento.
- ☐ 17c. Carta del Contratante certificando el saldo a pagar.
- ☐ 18c. Certificado y Consentimiento del Seguro de Vida, firmados por el Asegurado (original).

D) PARA PÓLIZAS DE SEGURO COLECTIVO, SI EL CONTRATANTE ES UNA ESCUELA, ADEMÁS DE LOS PUNTOS DEL 1 AL 14, ANEXAR:

- ☐ 15d. Carta del Colegio solicitando el pago.
- ☐ 16d. Consentimiento firmado por el Asegurado (original).
- ☐ 17d. Comprobante de inscripción del(os) Alumno(s).
- ☐ 18d. Comprobante de pago de la última colegiatura.

Además, es importante considerar los siguientes puntos:

- A. Si algún beneficiario fuera menor de edad, deberá firmar la solicitud de pago el padre, la madre, o en su defecto, la persona que ejerza la patria potestad previo documento legal que así lo acredite.
- B. En caso de que los Beneficiarios nombrados hayan fallecido antes que el Asegurado y éste no hubiera hecho nueva designación, la suma asegurada se pagará a los herederos legales del Asegurado, por lo que será necesario la exhibición en copia certificada del nombramiento de heredero o cargo de albacea.
- C. Cuando la póliza deba pagarse a los herederos legales del Asegurado, la reclamación deberá ser firmada por el albacea, quien deberá acreditar su nombramiento con copia certificada de las constancias respectivas del juicio sucesorio correspondiente.
- D. En caso de que algún Beneficiario se encuentre médicamente imposibilitado para el ejercicio de sus derechos, será necesario que la persona que lo tenga bajo su cuidado tramite un juicio de interdicción, lo presente a la Compañía incluyendo historia clínica y estudios practicados con carácter devolutivo, firme la solicitud de reclamación y anexe copia simple de su identificación (credencial de elector, pasaporte o cédula profesional por ambos lados).
- E. En los Seguros de Grupo, en caso de no existir consentimiento con designación de Beneficiarios firmada por el Asegurado, será necesario tramitar juicio de sucesión intestamentario hasta su primera etapa de nombramiento de herederos, albacea y la aceptación del cargo conferido y presentar a la compañía aseguradora copia certificada.
- F. En caso de que el Beneficiario o a quien ceda el derecho de la póliza y que reclame el pago del seguro no sepa o pueda firmar, deberá expresarse esta circunstancia e imprimir la huella digital de sus dedos pulgar e índice derechos, y en su caso, que dos personas firmen a su ruego como testigos. Anexar de los testigos, copia simple de su credencial de elector o de su pasaporte o de su cédula profesional por ambos lados.

(NOMBRE DEL BENEFICIARIO)

"Hacemos constar que en nuestra presencia _____ imprimió su huella digital en virtud de no saber o poder firmar y después de haber sido enterado del contenido de la solicitud de reclamación, manifestó expresamente su conformidad con ella y a su ruego firmo".

Nombre Completo del Testigo 1**Firma****Nombre Completo del Testigo 2****Firma**

La recepción de la documentación no prejuzga sobre la procedencia o improcedencia de la reclamación.

Nota: La compañía se reserva el derecho de solicitar algún documento o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

Fecha de Solicitud: Día Mes Año

Solicitud de Reclamación
del(os) Beneficiario(s)

Los datos a que se refiere este formato, deberán ser llenados por el o los Beneficiarios nombrados en la póliza o sus representantes legales bajo su firma.

DATOS DE LA PÓLIZA	
No. Póliza	Nombre del Contratante
Tipo de Seguro ☐ Individual ☐ Grupo ☐ Colectivo	La causa del fallecimiento ☐ Accidente ☐ Enfermedad
No. de Certificado	

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO					
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s)	
Estado Civil		Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino			
Domicilio a la fecha del Fallecimiento Calle		No. Exterior	No. Interior	Colonia	
Delegación o Municipio					
Población o Ciudad		Estado		Código Postal	
Nacionalidad	Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	Teléfonos
R.F.C.	C.U.R.P.				
Nombre de la Empresa donde laboraba					
Calle		No. Exterior	No. Interior		
Colonia		Delegación o Municipio			
Población o Ciudad		Estado		Código Postal	
No. de Afiliación (IMSS o ISSSTE u otro)	Régimen de Seguridad Social (IMSS o ISSSTE u otro)				
Antigüedad en la empresa	Antigüedad en el puesto	Ocupación a la fecha de Fallecimiento			
En caso de tener más seguros de vida, indicar la(s) Compañía(s)					

DATOS DE LOS MÉDICOS QUE ASISTIERON AL ASEGURADO		
Nombre	Teléfono	Domicilio
Nombre	Teléfono	Domicilio
Nombre	Teléfono	Domicilio

DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO		
Lugar del Fallecimiento	Fecha del Fallecimiento Día Mes Año	
¿Vio el cadáver? Sí ☐ No ☐	Cremado ☐ Inhumado ☐	Causa del Fallecimiento
Indique el nombre del panteón		Agencia que proporcionó los servicios funerarios
En caso de muerte violenta, indique qué autoridad tomó conocimiento del hecho		¿El fallecimiento fue en el domicilio particular, hospital, calle u otros?
Nota: Como Beneficiario autorizo a médicos, hospitales, clínicas, sanatorios, a las autoridades judiciales o administrativas, laboratorios y/o establecimientos de salud donde fue internado el Asegurado, a que proporcionen al personal designado por AXA Seguros, S.A. de C.V. todos los informes que se refieran a la salud de éste, inclusive los datos de padecimientos anteriores, para lo cual relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional derivado de la información otorgada y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.		

Al-199 • JUNIO 2009

DATOS DEL(OS) BENEFICIARIO(S)									
DATOS DEL PRIMER BENEFICIARIO									
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre(s)			
Ocupación					Parentesco				
Nacionalidad		R.F.C.			C.U.R.P.				
Fecha de Nacimiento		Día	Mes	Año	Teléfono		Correo Electrónico		
Domicilio Calle							No. Exterior		No. Interior
Colonia						Delegación o Municipio			
Población o Ciudad				Estado			Código Postal		
Elija la opción de pago		Transferencia electrónica ☐		Banco		Plaza		Sucursal	
Cuenta						No. Clabe			
El Asegurado declara bajo protesta de decir verdad, que la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad a esta Compañía por los pagos/depositos, que a favor de dichas cuentas ésta efectúe.									
Orden de Pago ☐									
Nota: La institución de seguros procederá al pago reclamado si éste es procedente y se encuentra cubierto en el contrato de seguro, por lo cual la Compañía no queda obligada por este documento a la procedencia de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza de seguros. Queda expresamente convenido que el Asegurado y/o Beneficiario del seguro al recibir el pago como indemnización por el medio seleccionado, otorga a favor de AXA Seguros, S.A. de C.V., el más amplio finiquito que en derecho proceda no reservando acción o derecho que ejercitar en contra de la aseguradora, sea de naturaleza civil, penal o de cualquier otra índole, con motivo del siniestro que fue materia de la reclamación presentada bajo el amparo de la póliza de seguros contratada. En caso de que se encuentre procedente la reclamación y se haya elegido la forma de pago por transferencia electrónica, el interesado está de acuerdo en que el pago de la reclamación se llevará a cabo mediante la transferencia electrónica a la cuenta bancaria proporcionada en el estado de cuenta bancario o la consulta de clabe bancaria estandarizada, correspondiente al Beneficiario del pago anexo a este formato, incluyendo los datos del correo electrónico, teléfono, sucursal y plaza en caso de que no sea visible en la consulta de la clave bancaria estandarizada.									
Artículo 140 (LGISMS) 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				Sí ☐ No ☐		Parentesco o Vínculo			
2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociaciones? 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									
4. ¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? Sí ☐ No ☐				Nombre y porcentaje de participación			Firma		
DATOS DEL SEGUNDO BENEFICIARIO									
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre(s)			
Ocupación					Parentesco				
Nacionalidad		R.F.C.			C.U.R.P.				
Fecha de Nacimiento		Día	Mes	Año	Teléfono		Correo Electrónico		
Domicilio Calle							No. Exterior		No. Interior
Colonia						Delegación o Municipio			
Población o Ciudad				Estado			Código Postal		
Elija la opción de pago		Transferencia electrónica ☐		Banco		Plaza		Sucursal	
Cuenta						No. Clabe			
El Asegurado declara bajo protesta de decir verdad, que la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad a esta Compañía por los pagos/depositos, que a favor de dichas cuentas ésta efectúe.									
Orden de Pago ☐									

CONTINUACIÓN. DATOS DEL(OS) BENEFICIARIO(S)

Nota: La institución de seguros procederá al pago reclamado si éste es procedente y se encuentra cubierto en el contrato de seguro, por lo cual la Compañía no queda obligada por este documento a la procedencia de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza de seguros. Queda expresamente convenido que el Asegurado y/o Beneficiario del seguro al recibir el pago como indemnización por el medio seleccionado, otorga a favor de AXA Seguros, S.A. de C.V., el más amplio finiquito que en derecho proceda no reservando acción o derecho que ejercitar en contra de la aseguradora, sea de naturaleza civil, penal o de cualquier otra índole, con motivo del siniestro que fue materia de la reclamación presentada bajo el amparo de la póliza de seguros contratada. En caso de que se encuentre procedente la reclamación y se haya elegido la forma de pago por transferencia electrónica, el interesado está de acuerdo en que el pago de la reclamación se llevará a cabo mediante la transferencia electrónica a la cuenta bancaria proporcionada en el estado de cuenta bancario o la consulta de clave bancaria estandarizada, correspondiente al Beneficiario del pago anexo a este formato, incluyendo los datos del correo electrónico, teléfono, sucursal y plaza en caso de que no sea visible en la consulta de la clave bancaria estandarizada.

Artículo 140 (LGISMS) 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	Sí ☐ No ☐	Parentesco o Vínculo
2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociaciones? ☐ 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		
4. ¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? ☐ Sí ☐ No ☐	Nombre y porcentaje de participación	Firma

Formulario Médico sobre las causas del Fallecimiento del Asegurado

Los datos a que se refiere este formato, deberán ser llenados por el médico tratante o certificante.

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino	
Edad al Fallecimiento	Fecha del Fallecimiento	Día	Mes	Año	Hora del Fallecimiento		
Lugar del Fallecimiento ☐ Hogar ubicado en _____ ☐ Hospital o Sanatorio _____ Domicilio _____ ☐ Vía Pública, especificar lugar _____ ☐ Otro lugar, especificar _____							
Tiempo de conocer al Asegurado				Tiempo de atender al Asegurado			
¿Cuándo fue consultado usted por primera vez acerca de la causa directa e indirecta del fallecimiento?							
En caso de no haberlo tratado, ¿cuál es la razón por la que extiende el certificado de defunción?							
Domicilio a la fecha de Fallecimiento							
Hubo en la muerte del Asegurado efector directos o indirectos causados por el uso de bebidas alcohólicas, drogas u otros tipos de estimulantes o enervantes, etc.				Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, favor de especificar:			
¿En qué enfermedades, afecciones, tratamientos médicos y/o quirúrgicos, etc., lo asistió usted o fue consultado antes del padecimiento? (Detalle en el siguiente cuadro)							
	1		2		3		
Nombre de la Enfermedad							
Fecha de inicio de signos y síntomas	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
Signos y síntomas principales							
Fecha de diagnóstico	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
Estudios auxiliares de diagnóstico y de control efectuados							
Tratamientos efectuados							
Estado general de la enfermedad							
Fecha de última consulta	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	

AI-199 • JUNIO 2009

CONTINUACIÓN. DATOS DEL ASEGURADO

Mencione alguna otra enfermedad(es), afección, lesión o algún otro tratamiento(s) médico(s) y/o quirúrgico(s) que hayan sido diagnosticados o efectuados al Asegurado. (Detallar el siguiente cuadro)

	1	2	3
Nombre de la Enfermedad			
Fecha de inicio de signos y síntomas	Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año
Signos y síntomas principales			
Fecha de diagnóstico	Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año
Estudios auxiliares de diagnóstico y de control efectuados			
Tratamientos efectuados			
Nombre de otros médicos que atendieron al Asegurado			
Nombre	Teléfono	Domicilio	
Nombre	Teléfono	Domicilio	
Nombre	Teléfono	Domicilio	

CAUSAS DEL FALLECIMIENTO

Parte I	Causas de la Defunción (una sola en cada renglón)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y el fallecimiento
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	A)	
Causas, antecedentes	B)	
Estados morbosos, si existiera alguno que produjo la causa consignada arriba	C)	
Mencionándose en último lugar la causa básica	D)	
Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo		

Nota: Las causas de la defunción deberán anotarse de acuerdo con el modelo de lo certificado internacionalmente que comprende las partes: I "Causa de defunción A), B) y C)" y la II "Otros estados patológicos no relacionados con la enfermedad principal o básica".

Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento está apegada a la verdad, de acuerdo a los elementos que conozco sobre el caso en cuestión.

Nota: Como Médico Tratante me comprometo a notificar a la compañía AXA Seguros S.A. de C.V., todos los informes que se refieran a la salud del paciente en caso de requerirlos.

DATOS DEL MÉDICO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)			
Especialidad	No. de Cédula Profesional				
No. de Cédula de Especialidad	Tel. o Cel.				
Domicilio Calle	No. Exterior	No. Interior	Colonia	C.P.	Delegación o Municipio
Delegación o Municipio	Ciudad				
Firma del Médico				Lugar y Fecha	