

Escudo Familiar

(Seguro de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, Indemnización por Fracturas y Muerte Accidental)
¿Qué documentos debo entregar en caso de siniestro?

Estimado Asegurado:

Es importante llenar y firmar los formatos anexos de AXA Seguros, así como adjuntar la documentación aquí mencionada para la atención correcta de su reclamación.

Para el llenado de los formatos necesarios de reclamación le recomendamos revisar la guía anexa.

Documentos a entregar	Cobertura(s) afectada(s)		
	Reembolso de Gastos Médicos Por Accidente	Muerte Accidental	Indemnización por Fracturas
Solicitud de Reembolso (original).	•	•	•
Informe Médico de AXA llenado por cada médico tratante (original).	•		•
Copia de identificación oficial vigente del Asegurado afectado (credencial de elector, pasaporte, cartilla, cédula profesional). *Si los Asegurados afectados son los padres del titular de la póliza, se deberá anexar copia del acta de nacimiento del titular donde se vea reflejado el parentesco con los padres asegurados. *Si el Asegurado afectado es hijo del Asegurado titular, deberá presentar copia del acta de nacimiento del hijo(a) que compruebe parentesco con el titular. Si el afectado es el cónyuge del Asegurado, se deberá entregar copia del acta de matrimonio. En parejas del mismo género, deberá entregar documento que avale el parentesco (ley de sociedad de convivencia) con el Asegurado titular.	•	•	•
Comprobante de domicilio de máximo 3 meses de antigüedad (copia u original).	•	•	•
Acta de defunción y acta de nacimiento del Asegurado afectado (copia certificada u original).		•	
Acta del Ministerio Público con los resultados de necropsia, alcoholemia, examen toxicológico y que indique las causas y lugar del deceso del Asegurado (copia u original).		•	
Copia de identificación oficial del Beneficiario (credencial de elector, pasaporte vigente, cartilla, cédula profesional). En caso de no tener Beneficiario, copia de identificación oficial de los Beneficiarios según Condiciones Generales.		•	
Estudios de laboratorio y gabinete, recetas médicas en caso de aplicar (originales o copia).	•		• (comprobación de la fractura)
Facturas y comprobantes a nombre de AXA Seguros, S.A. de C.V. de gastos hospitalarios (originales).	•		

La Aseguradora tendrá el derecho de solicitar al Asegurado o Beneficiario información adicional sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Es necesario que nos haga llegar la documentación antes mencionada a través de <https://insurancewallet-mx.com/>

La plataforma electrónica "My Insurance Wallet", le permite visualizar y completar su expediente de reclamación de siniestro, conocer el avance de la captación, análisis y decisión de su solicitud, sin importar el horario o día de la semana.

Si aún no conoce u olvidó su código de acceso o activación, puede obtenerlo en los siguientes números telefónicos; Cd. de México: 55 5169 5999, o del interior de la República: 800 911 AMEX (2639), opción 2- Consulta y estatus de siniestro, de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas.

Bosques de Radiatas no. 26, 2do. Piso, Col. Bosques de las Lomas, Delegación Cuajimalpa C.P. 05120, Ciudad de México, en horario de lunes a jueves de 08:00 a 19:00 horas y viernes de 08:00 a 17:00 horas, o vía electrónica al correo siniestrosaxa@marsh.com en formato PDF un solo correo no mayor a 5 MB, indicando en el asunto del correo el número de siniestro y/o número de Póliza, nombre del titular, nombre del producto y cobertura reclamada.

American Express Insurance Services Unidad Especializada en
Seguros Cd. de México: 55 5169 5999
Del interior: 800 911 AMEX
(2639)
e-mail:siniestrosaxa@marsh.com
Horario: lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas



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



Ayudante 1		Ayudante 2	
Tipo de participación:		Tipo de participación:	
Nombre:		Nombre:	

Otros médicos:

Firma del médico	Lugar y fecha

En caso de reembolso y/o programación de servicios, el asegurado deberá llenar el siguiente apartado:

Datos personales

AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 6, 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.

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.

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: _____
 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.

Sí acepto Firma del Asegurado: _____
 No acepto



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:
Número de Firma Electrónica Avanzada:			
Correo electrónico:		Teléfono (con clave de ciudad): 01	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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, describa el puesto:		Parentesco o vínculo:	
2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con alguna sociedad o asociación? Especifique:			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Actúa en nombre y cuenta propia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre y porcentaje de participación:			



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



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.					
				Total (b)	
				Total general (a+b)	

Beneficiario del pago

Asegurado Contratante
 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, 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
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): 01 _____	Tel. celular (con clave de ciudad): _____
---------------------	---	--

Transferencia electrónica Orden de pago

En caso de transferencia, indicar:

Banco: _____

Número de cuenta: _____

CLABE interbancaria: _____

AI - 344 • ENERO 2019



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 6, 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.

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.

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 relativos a la siniestralidad de mi Póliza a mi agente o al broker.

Sí acepto

Firma del Asegurado:

No acepto

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 restituidos 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 6, Col. Tlacoquemécatl, Del. 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.