



SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

INSTRUCCIONES

- Este formato debe ser llenado y firmado en su totalidad y con letra de molde por el Asegurado.
- Los documentos a entregar son:
 - * Aviso de Accidente o Enfermedad (sólo en siniestro inicial).
 - * Informe Médico por enfermedad o accidente de cada médico tratante (sólo en siniestro inicial).
 - * En caso de pagos complementarios, debe entregar la información médica actualizada de su padecimiento cuando:
 - Cada aniversario de la fecha en que inició la primera reclamación.
 - Cuando hayan pasado más de 6 meses de que ingresó su última reclamación. Lo que ocurra primero.
 - * Identificación oficial del beneficiario del pago.
 - * Copia de los estudios de laboratorio y/o gabinete o interpretación, cuando se cuente con ellos.
 - * Recetas médicas para el reembolso de medicamentos.
 - * Originales de facturas y recibos de honorarios.
 - * Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de antigüedad, en caso de no coincidir el domicilio actual con 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).
- Los comprobantes originales de gastos deben ser a nombre de AXA Seguros, S. A. de C. V., con R.F.C. ASE931116231, domicilio fiscal en Periférico Sur 3325 Piso 11, Colonia San Jerónimo Aculco, Delegación Magdalena Contreras, C.P. 10400, en México D.F., a excepción de los recibos de honorarios médicos, enfermería y/o farmacias, los cuales deben ser facturados a nombre del Contratante de la póliza. El llenado de este formato no obliga a la institución a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes.
- Pólizas de Grupo.** 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 proporcionada por el contratante para la emisión de la Póliza.

DATOS DE LA PÓLIZA

No. de Póliza	Certificado	Fecha	Día	Mes	Año
Nombre del Contratante					

DATOS DEL BENEFICIARIO DEL PAGO

Pago a favor de: Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno

Domicilio				No. Exterior	No. Interior
Calle					
Colonia		Código Postal	Delegación o Municipio	Estado	
Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año	Correo electrónico:	
R.F.C.:	C.U.R.P.:		Nacionalidad		
Ocupación o Profesión		Teléfono		Teléfono Celular	
Elija una opción de pago		Banco	Plaza	Sucursal	
<input type="checkbox"/> Transferencia electrónica					
Cuenta			No. Clabe		
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.					
<input type="checkbox"/> Orden de Pago					
<p>Nota: La institución de seguros procederá al pago de los gastos médicos que se encuentren cubiertos en el contrato de seguro celebrado, y estos sean procedentes, por lo cual 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 seguro. Queda expresamente convenido que al recibir el pago como indemnización por el medio indicado, el beneficiario del seguro 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, 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.</p>					

SE-026 • OCTUBRE 2009

ARTÍCULO 140 (LGISMS)**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 una sociedad o asociaciones? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique:		
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 con usted
4. ¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre y porcentaje de participación	Firma

INFORMACIÓN DEL REEMBOLSO

Se solicita el reembolso de los gastos efectuados por la atención médica de: Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno

¿Ha presentado reclamaciones adicionales por este evento? Sí No Número de Siniestro

A causa de:

Se anexa la siguiente documentación original

1) Aviso de Accidente y/o Enfermedad Sí No

2) Informe Médico del(os) Dr(es) Sí No

Dr(a)	Especialidad

3) Historia(s) Clínica(s) Sí No

4) Resultados de los siguientes estudios de laboratorio y gabinete (señale los presentados)

Orina Sangre Electroencefalograma Tomografía
 Resonancia Magnética Electrocardiograma Ultrasonido Otros. Especifique:
 Excremento Radiografías Histopatología

5) Relación de comprobantes

Número de recibo	Nombre	Monto	Número de recibo	Nombre	Monto
1.		\$	1.		\$
2.		\$	2.		\$
3.		\$	3.		\$
4.		\$	4.		\$
5.		\$	5.		\$
6.		\$	6.		\$
7.		\$	7.		\$
Total					\$

Contacto por el cual entrega documentación a AXA:

Titular Afectado Agente Tercero Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Contacto por el cual desea recibir su respuesta:

Titular Afectado Agente Tercero Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Observaciones

FIRMA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO

LUGAR DONDE SE PRESENTA LA RECLAMACIÓN