



Gastos Médicos Mayores

Solicitud de Programación de Servicios Médicos

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. Anexar los siguientes documentos para sustentar tu solicitud: identificación oficial, interpretación de estudios, informe médico (no mayor a 6 meses) y recetas médicas (no mayor a 3 meses).
5. Recomendamos revisar la lista de hospitales, laboratorios y otros proveedores de servicios médicos en axa.mx. En caso de no encontrarse en convenio con AXA, deberá realizar el trámite por reembolso.
6. En caso de haber iniciado el tratamiento con otra aseguradora, es necesario adjuntar carta remanente.

Información general de la Póliza

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

Información 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: |

Datos de contacto del Asegurado afectado (en caso que el Asegurado afectado sea menor de edad, se pueden poner los datos de algún familiar)

| | | |
|---------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Correo electrónico: | Teléfono (con clave de ciudad): | Celular (con clave de ciudad): |
|---------------------|---------------------------------|--------------------------------|

En caso de recibir apoyo de familiares o conocidos, es necesario llenar los siguientes datos de contacto

Contacto 1

| | | | |
|---|--|---|---------------------------------|
| ¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado? | | | |
| <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Esposo(a) o cónyuge | <input type="checkbox"/> Amigo o conocido | <input type="checkbox"/> Agente |
| Apellido paterno: | Apellido materno: | Nombre(s): | |
| Correo electrónico: | Teléfono (con clave de ciudad): | Celular (con clave de ciudad): | |

Contacto 2

| | | | |
|---|--|---|---------------------------------|
| ¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado? | | | |
| <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Esposo(a) o cónyuge | <input type="checkbox"/> Amigo o conocido | <input type="checkbox"/> Agente |
| Apellido paterno: | Apellido materno: | Nombre(s): | |
| Correo electrónico: | Teléfono (con clave de ciudad): | Celular (con clave de ciudad): | |

Información de la programación

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cirugía debido a un accidente | <input type="checkbox"/> Estudios (de laboratorio, de gabinete y/o de alta especialidad) | |
| <input type="checkbox"/> Cirugía debido a una enfermedad | <input type="checkbox"/> Medicamentos y/o equipo médico | <input type="checkbox"/> Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Cirugía por maternidad | <input type="checkbox"/> Hemodiálisis | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Hospitalización (en caso de necesitar estancia hospitalaria por algún otro servicio) | <input type="checkbox"/> Rehabilitación | |
| <input type="checkbox"/> Segunda opinión médica | <input type="checkbox"/> Otro, describir: _____ | |



Gastos Médicos Mayores

Solicitud de Programación de Servicios Médicos

Programación inicial o complementaria

¿La programación a realizar, 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 esta programación.

Para programación de cirugía, favor de completar esta sección

Tipo de cirugía que será realizada (ejemplo: cesárea, apendicectomía, amigdalectomía, rinoplastia, biopsia, etc.):

En caso de haber realizado estudios médicos, favor de indicar cuáles:

Fecha tentativa de programación de cirugía:

Día Mes Año

| | | | | | | |

Nombre del Médico que realizará la cirugía:

Lugar donde se realizará la cirugía (el hospital debe tener convenio, favor de revisar la lista de hospitales en axa.mx):

Si la programación a realizar es una cirugía derivada de un accidente o una enfermedad y es la primera vez que se realizará dicha cirugía (es decir, no cuenta con número de siniestro) favor de llenar la siguiente información.

Fecha de inicio de síntomas:

Día Mes Año

| | | | | | | |

Fecha de diagnóstico médico
más actual:

Día Mes Año

| | | | | | | |

¿Qué síntomas ha presentado?

En caso de haber ocurrido un accidente indicar lo siguiente:

a. ¿Cómo ocurrió el accidente? (especifica en qué lugar y cómo ocurrió, detallando qué provocó la lesión)

b. Fecha del accidente:

Día Mes Año

| | | | | | | |

Para una programación de medicamentos y/o equipo médico, favor de completar esta sección

Fecha de inicio de
tratamiento:

Día Mes Año

| | | | | | | |

¿Qué síntomas ha presentado?



Gastos Médicos Mayores

Solicitud de Programación de Servicios Médicos

| Es indispensable indicar la dirección de entrega: | | | | | |
|--|--|-----------------------------|----------------------------------|---|--|
| Calle: | | No. exterior: | | No. interior: | |
| Colonia: | Código postal: | Alcaldía o municipio: | Ciudad: | Estado: | |
| ¿Qué medicamentos requiere? | | | | | |
| # | Nombre y presentación del medicamento (Ej: Paracetamol 500mg) | Cantidad (Ej: 1 tableta) | Cada cuánto (Ej: Cada 24 hrs) | Durante cuánto tiempo (Ej: Por un mes) | Especifique la enfermedad o diagnóstico y/o número siniestro que corresponde |
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |
| Nota: en caso de requerir enlistar más medicamentos, favor de llenar otro formato. | | | | | |
| En caso de requerir equipo médico favor de especificar cual: | | | | | |
| | | | | | |
| Para un estudio u hospitalización, favor de completar esta sección | | | | | |
| Fecha de programación de servicio: | | Día | Mes | Año | |
| | | | | | |
| Lugar donde se realizará la atención (ejemplo: hospital, centro de especialidad, consultorio médico, etc.): | | | | | |
| | | | | | |
| Tipo de estudio u hospitalización: | | | | | |
| | | | | | |
| Para una quimioterapia, radioterapia, hemodiálisis o rehabilitación, favor de completar esta sección | | | | | |
| Fecha de programación de servicio: | | Día | Mes | Año | Fecha de inicio de tratamiento: |
| | | | | | Día Mes Año |
| | | | | | |
| Indicar número de sesiones, cada cuánto y durante cuánto tiempo (en caso de quimioterapia indicar el nombre de tratamiento): | | | | | |
| | | | | | |



Gastos Médicos Mayores
Solicitud de Programación de Servicios Médicos

| | |
|--|------------------------------------|
| Lugar donde se realizará la atención (ejemplo: hospital, centro de especialidad, consultorio médico, etc.): | |
| Datos personales | |
| AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas 366, piso 3, Col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, 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. | |
| <input type="checkbox"/> Autorizo el tratamiento y transferencia de mis datos personales patrimoniales, 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. | |
| <input type="checkbox"/> 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. | |
| <input type="checkbox"/> Sí acepto | <input type="checkbox"/> No acepto |
| Firma del Asegurado: | |
| Autorizo que AXA transfiera mis datos personales, incluyendo datos personales sensibles relativos a la siniestralidad de mi Póliza al Contratante. | |
| <input type="checkbox"/> Sí acepto | <input type="checkbox"/> No acepto |
| Firma del Asegurado: | |