



Instrucciones

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra de molde.
- 2.- Favor de no dejar preguntas, ni espacios sin contestar.
- 3.- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Programación de Cirugía Tratamiento Médico Reembolso

Ficha de Identificación

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))	Estado Civil	Ocupación	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
---	--------------	-----------	------	---

Causa de Atención: Prevención Embarazo Enfermedad Accidente

Referido por otro Médico o Unidad: Sí No ¿Cuál? _____

Historia Clínica (especificar tiempo de evolución anotando fechas de patologías y cirugías)

Antecedentes Personales Patológicos

Antecedentes Personales No Patológicos

Antecedentes Gineco-Obstétricos

Antecedentes Perinatales (si es necesario)

Padecimiento Actual (principales signos y síntomas)

Con una evolución: 1 a 3 Meses 3 a 6 Meses 6 a 12 Meses Más de 1 año

Fecha de Inicio		
Día	Mes	Año

Código CIE-10 Para uso exclusivo de Seguros	Descripción del Diagnóstico	Fecha de Diagnóstico
1.-	Diagnóstico 1: _____	Día Mes Año
2.-	Diagnóstico 2: _____	Día Mes Año
3.-	Diagnóstico 3: _____	Día Mes Año

Tipo de Padecimiento: Congénito Adquirido Agudo Crónico

Se le ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente: Sí No ¿Cuál? _____

Resultados de la Exploración Física y de los Estudios Realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

Talla: _____ cm. Peso: _____ Kg. T/A: _____ mm/Hg FC _____ x' FR _____ x' T _____ C

Tratamiento

Código CPT-4 Para uso exclusivo de Seguros	Descripción de Tratamiento	Fecha de Inicio		
1.-	1:	Día	Mes	Año
2.-	2:			
3.-	3:			

¿Hubo Complicaciones? Descripción de Complicaciones

Sí No

1: _____

2: _____

3: _____

Nombre del Hospital	Tipo de Estancia	Fecha de Ingreso	Fecha de Egreso
Ciudad	<input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta Estancia / Ambulatoria	Día Mes Año	Día Mes Año

Datos Generales del Médico Tratante

Nombre (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)) _____ Teléfono _____

Especialidad _____ R.F.C. _____ Celular _____

Cédula Profesional _____ Cédula de Especialidad o Certificación _____

No. de Proveedor _____ E-mail _____

Mencione nombre y especialidad del(os) Médico(s) que participa(n) en la intervención o como interconsultante(s):

Anestesiólogo: _____

Ayudante 1: _____

Ayudante 2: _____

Otro(s) Médico(s): _____

NOTA: Como Médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que otorguen 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. Para tal efecto en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma 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.

Lugar y Fecha Firma del Médico Tratante

"Entregar los comprobantes por sus servicios a nuestro asegurado cuando vayan a ser tramitados para su pago ante la compañía, expedidos a nombre de AXA Seguros, S.A. de C.V. con dirección y RFC ya conocidos, a efecto de que AXA Seguros le reintegre dichos pagos cuando así proceda conforme al contrato de seguro celebrado (excepto recibos de honorarios)"

Centro de Contacto 24 horas:	Aviso:
Gastos Médicos 51 69 27 27	Se le informa al Médico que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario, invalidará toda responsabilidad de la Compañía.
Lada sin costo 01 800 466 1AXA	
Lada sin costo EUA y Canadá 18 88 29 37 221	



Instrucciones:

- Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el Asegurado con letra de molde.
- Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa y detallada.
- 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.
- 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

- Accidente
- Embarazo
- Enfermedad

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 _____ Sexo _____ Parentesco con el Titular _____ Correo electrónico _____ Teléfono de Contacto Cve. Lada () _____

Domicilio: Calle _____ No. Exterior _____ No. Interior _____ Colonia _____

C.P. _____ Estado _____ Delegación _____ Ocupación o Profesión _____ Lugar donde trabaja / empresa _____ 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 _____

¿Actualmente tiene otro seguro? Sí No Compañía _____

Tipo de Reclamación: Inicial Complementaria Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó: _____

Fecha en que ocurrió el Accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad. Día Mes Año _____

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

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 Cía. _____

Cobertura _____ Suma Aseg. _____ 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? _____

Nombre del Médico Tratante _____ Especialidad _____

Dirección _____ Tel. y/o e-mail _____

Médicos que ha consultado en los últimos dos años.	Nombre / Especialidad	Causa / Fecha	Tel. y/o e-mail

Documentos a presentar:

- Copia de la actuación del Ministerio Público o atención recibida de la institución (en caso de Accidente).
- Interpretación de estudios Radiológicos o de Gabinete.
- Copia de identificación oficial del Asegurado afectado (IFE, Pasaporte y en caso de menores de 5 años Acta de Nacimiento).
- Recibos de gastos que cuenten con los requisitos fiscales (quedarán sin validez copias, recibos provisionales, estados de cuenta, etc.).
- 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.

La copia fotostática de esta autorización es tan válida como el original.

Nombre y Firma del Titular _____

Nombre y Firma del Afectado _____

Lugar y Fecha _____

Centro de Contacto 24 horas: Gastos Médicos: 51 69 27 27 • Lada sin costo: 01 800 466 1AXA • Lada sin costo EUA y Canadá: 18 88 29 37 221.

AXA Seguros, S.A. de C.V. - Periférico Sur 3325 Piso 11, San Jerónimo Aculco 10400 México, D.F. Tels. 5169 1000 • 5169 2500 • 01 800 900 1AXA • www.axa.com.mx



reinventando / los seguros

Relación de comprobantes para Reembolso de Gastos Médicos

Instrucciones:

- Este formato debe ser llenado y firmado en su totalidad y con letra de molde.
- La institución de seguros procederá al pago de los gastos médicos que se encuentren cubiertos en el contrato de seguro celebrado, 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.
- Los documentos que el asegurado haya pagado por cuenta y orden de AXA Seguros, S.A. de C.V., deben presentarse en original y expedirse a nombre de AXA Seguros, S.A. de C.V., Domicilio: Periférico Sur 3325 piso 11 Col. San Jerónimo Aculco, México, D.F., C.P. 10400, RFC: ASE931116231. Lo anterior no implica que se asuma la obligación de pago por la compañía de gastos no procedentes.

Número de Solicitud	
Lugar	Fecha Día Mes Año
Ref. Póliza Núm.	Certificado
Contratante	

AXA Seguros

A quien corresponda:

Por este medio me permito solicitar el reembolso de los gastos efectuados por la atención médica de:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

Con motivo 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 _____

Dr.(a) _____ Especialidad _____

Dr.(a) _____ Especialidad _____

Dr.(a) _____ Especialidad _____

- 3) Historia(s) Clínica(s) Sí No

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

Orina Excremento Sangre Radiografías Ultrasonido Tomografía

Resonancia Magnética Urografía Electrocardiograma Electroencefalograma Histopatología Otros

Especifique _____

- 5) Relación de comprobantes:

No. de recibo	Nombre	Monto	No. de recibo	Nombre	Monto
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	_____	_____	\$ _____

¿Ha presentado reclamaciones adicionales por este evento? Sí No No. _____ Total \$ _____

Conducto por el cual desea recibir su respuesta:

Agente, ¿Cuál? _____ Teléfono: _____

Pasa por su respuesta a AXA Seguros

Observaciones: _____

Lugar y Fecha _____ Atendido por: _____

Centro de Contacto 24 horas:	Atentamente
Gastos Médicos 51 69 27 27	Nombre y firma
Lada sin costo 01 800 900 1AXA	
Lada sin costo EUA y Canadá 18 88 29 37 221	