reinventando / los seguros

Gastos Médicos

Solicitud de reembolso de Gastos Médicos Mayores complementaria

Pasos a seguir

1. Este formato debe ser llenado y firmado en su totalidad por el asegurado, con letra de molde.

2. Debe entregar la información médica actualizada de su padecimiento en esta solicitud complementaria cuando suceda uno de los siguientes eventos:
1. Cada aniversario de la fecha en que inició la reclamación.
2. Cuando hayan pasado más de 6 meses de que ingresó su última reclamación.

3. 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.

4. 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.

5. 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? ☐ Sí ☐ No	Hospital en el que fue atendido	Días de estancia desde Día Mes Año	hasta Día Mes Año
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.		$ 0.00	9.		$ 0.00
2.		$ 0.00	10.		$ 0.00
3.		$ 0.00	11.		$ 0.00
4.		$ 0.00	12.		$ 0.00
5.		$ 0.00	13.		$ 0.00
6.		$ 0.00	14.		$ 0.00
7.		$ 0.00	15.		$ 0.00
8.		$ 0.00		**Total**	$ 0.00

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: _____

SE-028 • NOVIEMBRE 2011

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

SE-028 • NOVIEMBRE 2011