



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 Num.	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**

Línea sin costo            **01 800 900 1AXA**

Línea en costo EUA y Canadá    **1 8 00 20 37 221**

Nombre y firma