



# 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.

<b>Información general de la Póliza</b>		
Nombre completo del Contratante de la Póliza: <b>CARMEN ELIZABETH HERNANDEZ ANDRADE</b>	No. de Póliza:	No. de Certificado (en caso de contar con este número):
<b>Información del Asegurado afectado</b>		
Apellido paterno: <b>HERNANDEZ</b>	Apellido materno: <b>ANDRADE</b>	Nombre(s): <b>CARMEN ELIZABETH</b>
Edad: <b>43</b>	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento: Día    Mes    Año 30    09    1977
RFC:	CURP:	
País de nacimiento: <b>MEXICO</b>	Nacionalidad: <b>MEXICANA</b>	Ocupación / Profesión / Giro del negocio: <b>EMPLEADO</b>
<b>Datos de contacto del Asegurado afectado</b> (en caso que el Asegurado afectado sea menor de edad, se pueden poner los datos de algún familiar)		
Correo electrónico: <b>ehernandez@comimagen.com.mx</b>	Teléfono (con clave de ciudad): <b>01</b>	Celular (con clave de ciudad):
<b>En caso de recibir apoyo de familiares o conocidos, es necesario llenar los siguientes datos de contacto</b>		
<b>Contacto 1</b>		
¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado? <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Esposo(a) o cónyuge <input checked="" type="checkbox"/> Amigo o conocido <input type="checkbox"/> Agente		
Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):
Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad): <b>01</b>	Celular (con clave de ciudad):
<b>Contacto 2</b>		
¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado? <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Esposo(a) o cónyuge <input checked="" type="checkbox"/> Amigo o conocido <input type="checkbox"/> Agente		
Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):
Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad): <b>01</b>	Celular (con clave de ciudad):
<b>Información de la programación</b>		
<input type="checkbox"/> Cirugía debido a un accidente <input type="checkbox"/> Cirugía debido a una enfermedad <input type="checkbox"/> Cirugía por maternidad <input type="checkbox"/> Hospitalización (en caso de necesitar estancia hospitalaria por algún otro servicio) <input type="checkbox"/> Segunda opinión médica	<input type="checkbox"/> Estudios (de laboratorio, de gabinete y/o de alta especialidad) <input type="checkbox"/> Medicamentos y/o equipo médico <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Otro, describir:	<input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Rehabilitación



## 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.):

fnjlerngvkjlrnehjglvnrehngvrhenibvlhrenljhvrlehnjv nrbejhbjhrenjbkhjuhnfnjlerngvkjlrnehjglvnrehngvrhenibvlhrenljhvrlehnjv nrbejhbjhrenjbkhjuhnfnjlerngvkjlrnehjglvnrehngvrhenibvlhrenljhvrlehnjv nrbejhbjhrenjbkhjuhn

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

fnjlerngvkjlrnehjglvnrehngvrhenibvlhrenljhvrlehnjv nrbejhbjhrenjbkhjuhnfnjlerngvkjlrnehjglvnrehngvrhenibvlhrenljhvrlehnjv nrbejhbjhrenjbkhjuhnfnjlerngvkjlrnehjglvnrehngvrhenibvlhrenljhvrlehnjv nrbejhbjhrenjbkhjuhn

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	Día	Mes	Año
				más actual:			

¿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:							
<b>Para un estudio u hospitalización, favor de completar esta sección</b>							
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:							
<b>Para una quimioterapia, radioterapia, hemodiálisis o rehabilitación, favor de completar esta sección</b>							
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 número 366, piso 6, Colonia Tlacoquemécatl, Delegación Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de 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](http://axa.mx) en la sección Aviso de Privacidad.

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.

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.

Sí acepto

No acepto

#### Firma del Asegurado:

Autorizo que AXA transfiera mis datos personales relativos a la siniestralidad de mi Póliza a mi agente o al broker.

Sí acepto

No acepto

#### Firma del Asegurado: