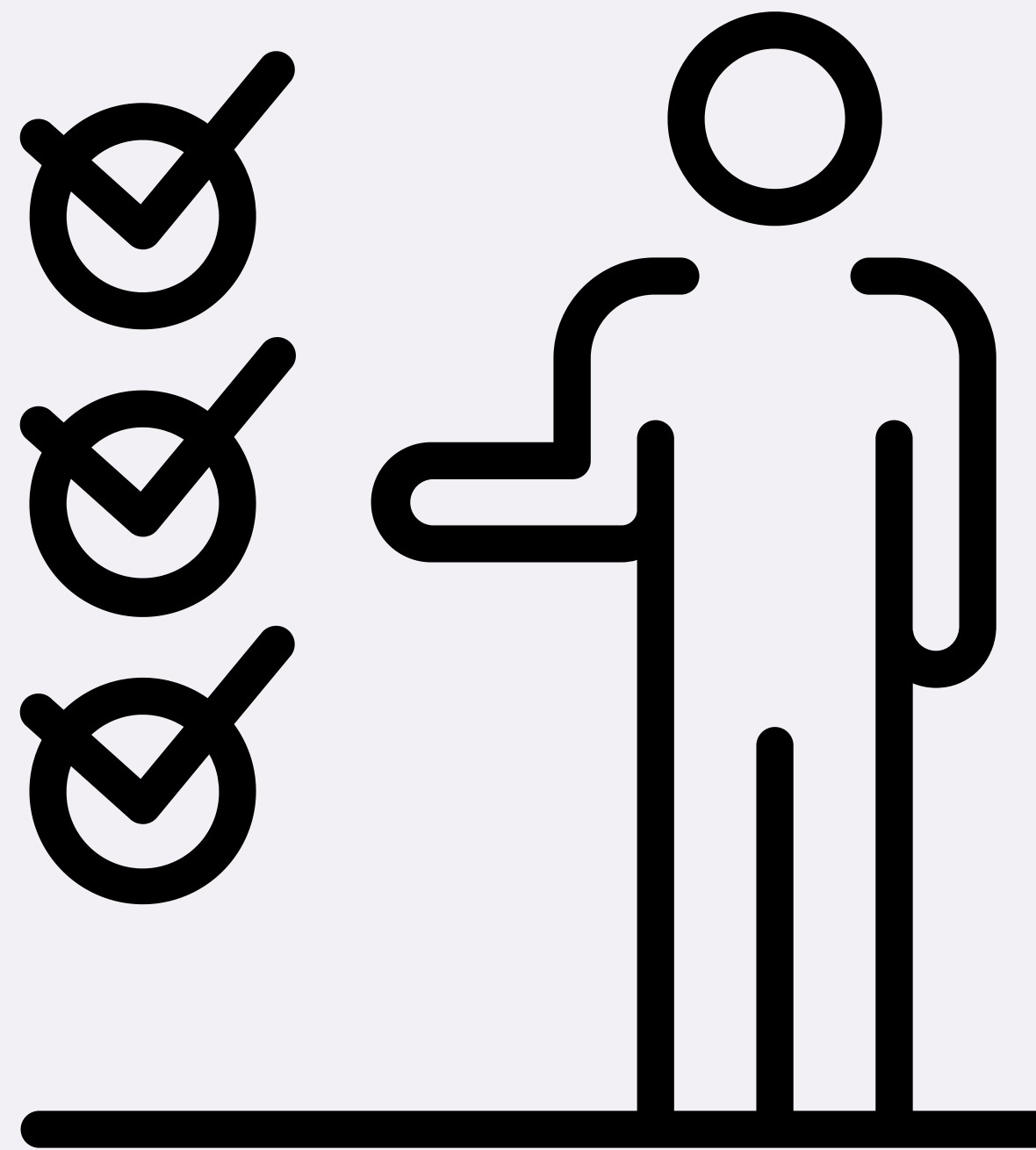




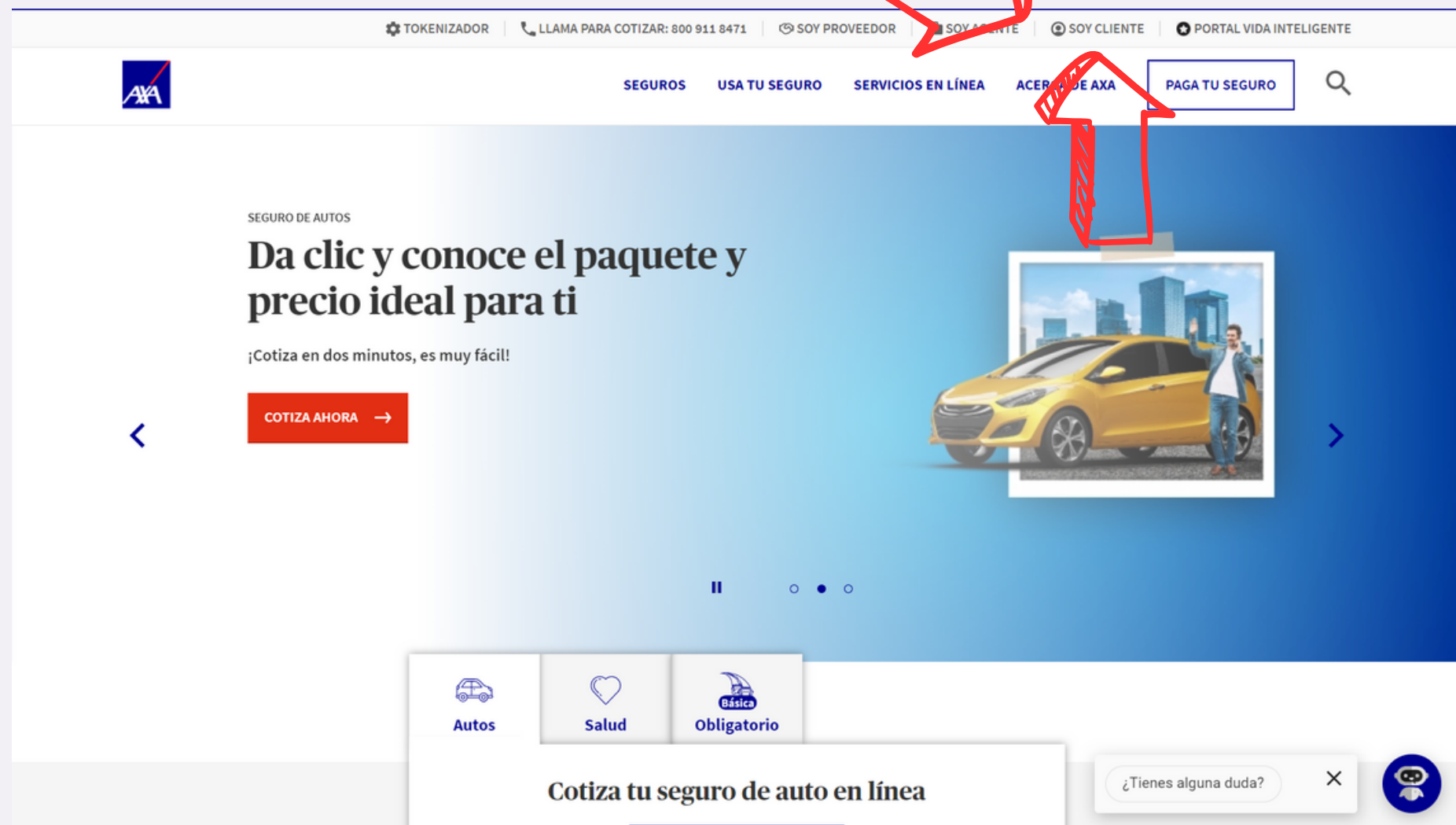
GRUPO LLANES
Agente de Seguros

**¿Cómo programar un
servicio médico y no
fracasar en el intento?**

Soluciones empresariales



**Lo primero que debes saber es que
tu mism@ puedes solicitar tu
reembolso desde el portal MyAXA
Mexico.**



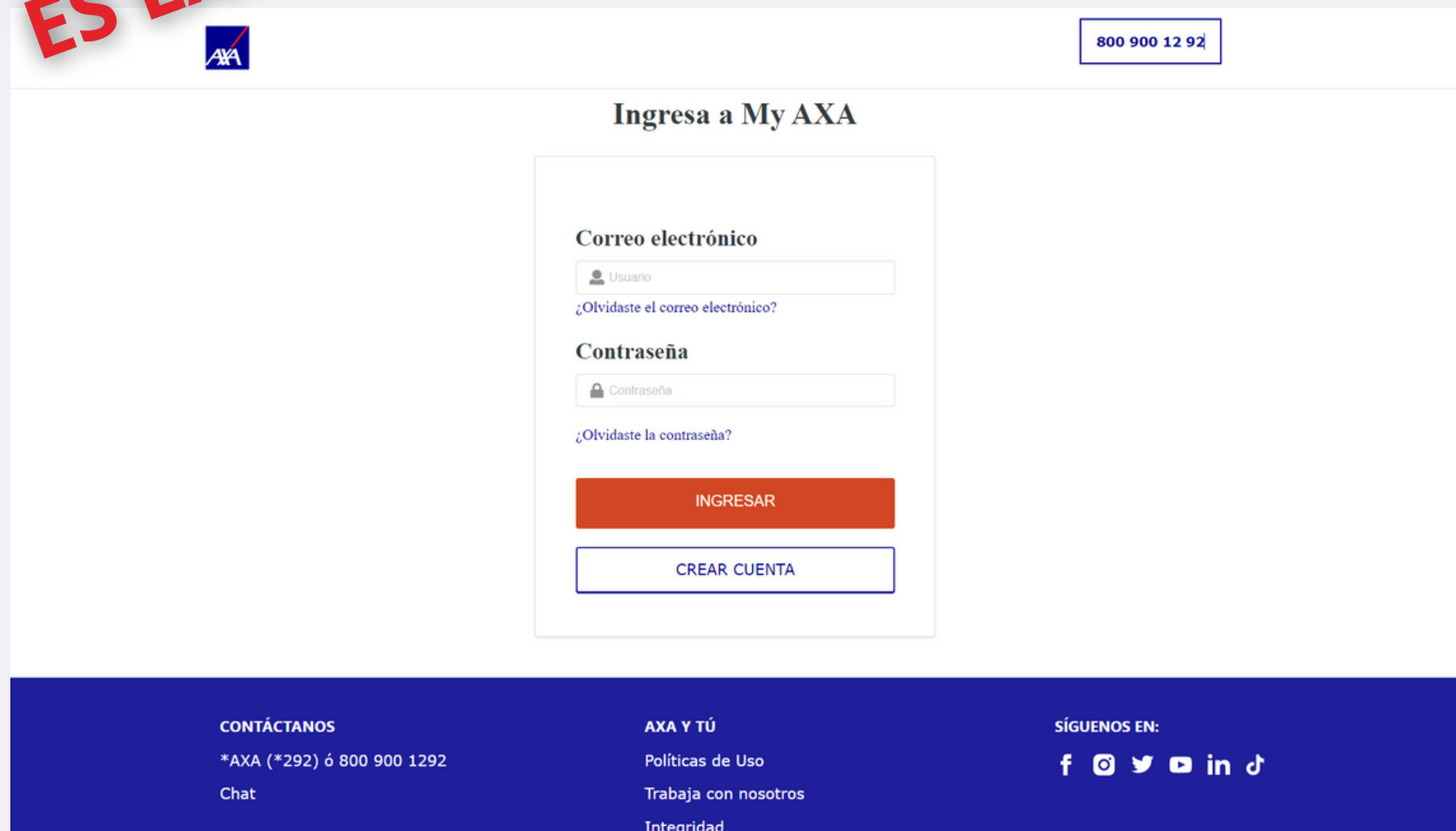
**Entra a
<https://www.axa.mx>**

**Da clic en
"SOY CLIENTE"**

Ingresa con tu usuario y contraseña de MyAXA Mexico.

Si aun no lo tienes. Sigue los sencillos pasos para darte de alta.

ES LA MANERA MAS RAPIDA



The screenshot shows the 'Ingresa a My AXA' login page. At the top left is the AXA logo, and at the top right is the phone number '800 900 12 92'. The main heading is 'Ingresa a My AXA'. Below this, there are two sections: 'Correo electrónico' with a 'Usuario' input field and a link '¿Olvidaste el correo electrónico?', and 'Contraseña' with a 'Contraseña' input field and a link '¿Olvidaste la contraseña?'. At the bottom of the form are two buttons: 'INGRESAR' (orange) and 'CREAR CUENTA' (white with blue border). The footer contains contact information, 'AXA Y TÚ' links, and social media icons.



**Si gustas también te podemos ayudar.
Pero debes apoyarnos con tu
documentación completa y a tiempo.**

A continuación te explicamos que debes hacer.



Tu tramite se conforma de:

Solicitud de PROGRAMACION DE SERVICIOS.

Informe(s) medico(s)

**Documentos de sustento
medico y de tratamiento**

Documentos de identidad.

Para programar recuerda que:

Tu medico debe ser de RED o bien debe ajustarse a los tabuladores de pago de la compañía.

Tu hospital debe encontrarse en convenio con la aseguradora.

Deber programar al menos 8 dias habiles antes de tu fecha de tratamiento.

Debes entregar TODA la informacion necesaria.

Solicitud firmada y LLENA.



1/4
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 autorizado.
3. Esta solicitud será analizada por AXA y de acuerdo a la Póliza y Condiciones Generales correspondiente.
4. Anexar los siguientes documentos para sustentar tu solicitud: identificación oficial (no mayor a 6 meses) y recetas médicas (no mayor a 3 meses).
5. Recomendamos revisar la lista de hospitales, laboratorios y otros proveedores 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 anexar el historial médico.

Información general de la Póliza		
Nombre completo del Contratante de la Póliza:	No. de Póliza:	No. de Certificado:
Información del Asegurado afectado		
Apellido paterno:	Apellido materno:	
Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
RFC:	CURP:	
País de nacimiento:		Nacionalidad:
Datos de contacto del Asegurado afectado (en caso que el Asegurado afectado no sea el titular de la Póliza)		
Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad):	
En caso de recibir apoyo de familiares o conocidos, es necesario llenar los datos de contacto de los mismos		
Contacto 1		
¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado? <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Espos(a) o cónyuge <input type="checkbox"/> Amigo o conocido		
Apellido paterno:	Apellido materno:	
Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad):	
Contacto 2		
¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado? <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Espos(a) o cónyuge <input type="checkbox"/> Amigo o conocido		
Apellido paterno:	Apellido materno:	
Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad):	
Información de la programación		
<input type="checkbox"/> Cirugía debido a un accidente <input type="checkbox"/> Estudios (de laboratorio, de gabinete)		
<input type="checkbox"/> Cirugía debido a una enfermedad <input type="checkbox"/> Medicamentos y/o equipo médico		
<input type="checkbox"/> Cirugía por maternidad <input type="checkbox"/> Hemodiálisis		
<input type="checkbox"/> Hospitalización (en caso de necesitar estancia hospitalaria por algún otro ser) <input type="checkbox"/> Segunda opinión médica <input type="checkbox"/> Otro, describir:		

AXA Seguros, S.A. de C.V., Félix Cuevas 366, piso 3, Col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, CDMX, México.
Tels. 55 5169 1000 • 800 900 1292 • axa.mx



2/4
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) <input type="checkbox"/> Sí, el número de siniestro es: _____		
Para programación de cirugía, favor de completar esta sección		
Tipo de cirugía que será realizada (ejemplo: cesárea, apendicitomía, etc.): _____		
En caso de haber realizado estudios médicos, favor de indicar:		
Fecha tentativa de programación de cirugía: _____		
Nombre del Médico que realizará la cirugía: _____		
Lugar donde se realizará la cirugía (el hospital debe tener convenio con AXA): _____		
Si la programación a realizar es una cirugía derivada de un accidente, favor de completar esta sección		
Fecha de inicio de síntomas: 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): _____		
b. Fecha del accidente: Día Mes Año _____		
Para una programación de medicamentos y/o equipo médico		
Fecha de inicio de tratamiento: Día Mes Año _____		
¿Qué síntomas ha presentado? _____		

AXA Seguros, S.A. de C.V., Félix Cuevas 366, piso 3, Col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, CDMX, México.
Tels. 55 5169 1000 • 800 900 1292 • axa.mx



3/4
Gastos Médicos Mayores
Solicitud de Programación de Servicios Médicos

Es indispensable indicar la dirección de entrega:				
Calle:		No. exterior:		
Colonia:	Código postal:	Alcaldía o municipio:	Ciudad:	
¿Qué medicamentos requiere?				
#	Nombre y presentación del medicamento (Ej: Paracetamol 500mg)	Cantidad (Ej: 1 tableta)	Cada cuánto tiempo (Ej: Cada 24 hrs)	Durante cuánto tiempo (Ej: Por un mes)
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: _____		
Indicar número de sesiones, cada cuánto y durante cuánto tiempo (en caso de quimioterapia indicar: _____)				

AXA Seguros, S.A. de C.V., Félix Cuevas 366, piso 3, Col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, CDMX, México.
Tels. 55 5169 1000 • 800 900 1292 • axa.mx



4/4
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, 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 relativos a la siniestralidad de mi Póliza a mi agente o al broker.	
<input type="checkbox"/> Sí acepto	<input type="checkbox"/> No acepto
Firma del Asegurado:	

No se aceptan formatos inconclusos

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 u/o equipo médico	<input type="checkbox"/> Quimioterapia

Tienes que llenar TODOS tus datos de asegurado afectado. Si no lo haces NO SE PROGRAMA.



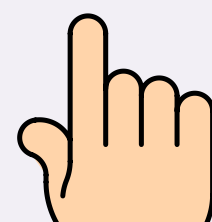
Correo electrónico:	Teléfono (con clave de ciudad):	Celular (con clave de ciudad):
En caso de recibir apoyo de familiares o conocidos, es necesario llenar los siguientes datos de contacto		
Contacto 1		
¿Cuál es la relación con el Asegurado afectado?		
<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> 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: _____	

Ax - 345 - JUNIO 2021

Tienes que llenar TODOS tus datos de asegurado afectado. Si no lo haces NO SE PROGRAMA.



¿Tienes dudas? acércate a las oficinas y te apoyamos en el llenado.



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 Día Mes Año

Toda esta info esta en el informe medico de tu medico tratante.

Si es una cirugía debes llenar toda la información necesaria para que la compañía pueda autorizar el PAGO DIRECTO a los proveedores.



Este formato tiene un apartado para cada tipo de programación de servicios:



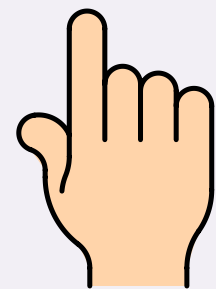
- Cirugía inicial y complementarias.
- Aplicación de medicamentos o equipo medico.
- Radioterapia, quimioterapia, etc.
- Otros tratamientos.
- Estudios especiales y delicados.
- Hospitalizaciones.



Es muy importante que llenes la información sobre tu tratamiento... ¿quien mejor que tu para indicar donde, cuando y con quien te atenderás?.



¿Tienes dudas? acércate a las oficinas y te apoyamos en el llenado.






Donde debes firmar



4/4

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sí acepto	<input type="checkbox"/> 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.	
<input checked="" type="checkbox"/> Sí acepto	<input type="checkbox"/> No acepto
Firma del Asegurado: 	

Debes aceptar todos los apartados

Si el asegurado no puede firmar, puede hacerlo el representante o bien el contratante de la póliza.

Informe(s) medico(s)

Lo llena tu medico tratante

Si ves a 3 médicos ...
3 Informes debes tener. Uno por medico consultado.

Gastos Médicos Mayores Informe Médico

Instrucciones

- Es necesario llenar el presente formato en su totalidad. Utilice letra de molde, legible y tinta negra.
- El documento será inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras y debe presentarse en original.
- La inexacta o falsa declaración de la información médica aquí detallada exentará de toda responsabilidad a AXA Seguros.
- Se debe actualizar cada 6 meses o cuando se cambie de médico tratante o cuando cambie el tratamiento o padecimiento.
- Cada médico tratante e interconsultante.

Lugar: _____

Información general

Datos del Asegurado afectado (paciente)

Apellido paterno: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Día Mes Año

Motivo de la atención médica

Enfermedad Accidente

Tipo de estancia

Urgencia Hospitaliz

Antecedentes médicos

No.	Diagnóstico

Antecedentes no patológicos

¿Fuma? ¿Consume bebidas alcohólicas?

¿Consume o ha consumido algún tipo de Otros: _____

Antecedentes ginecobstétricos

Gestación: _____ Partos: _____ Abortos: _____

Fecha de última menstruación: _____ Día Mes Año

Especificar si recibió tratamiento para infertilidad: _____

Tiempo de evolución: _____

¿Referido por otro médico o unidad? _____

AXA Seguros, S.A. de C.V., Félix Cuevas 36 Tels. _____

Gastos Médicos Mayores Informe Médico

Solicitud de material o rentas de equipo

Indique el equipo, instrumental a utilizar y datos de los proveedores, en caso de biológicos, informar el banco del que provienen:

Cantidad	Insuero o equipo	Marca	Distribuidor (Nombre o razón social)	RFC	Correo electrónico*
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

*Solo se deberán recabar datos de la persona moral, el correo electrónico deberá ser genérico e institucional.

Datos del médico

Médico o especialista

¿Se ajusta a Tabulador médico? _____

¿Tipo de participación: _____

Nombre: _____

Especialidad: _____

Cédula profesional: _____

Cédula de especialidad: _____

RFC a facturar: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

En caso de ser persona moral o médico

Nombre común: _____

Razón social: _____

Ayudante

¿Tipo de participación: _____

Nombre: _____

Otros médicos: _____

Firma

Para ser llenado por el Asegurado afectado o, en su defecto, los padres o tutores en caso de ser menor de edad.

Datos personales

AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, colonia Tiacoquemécatl, alcaldía 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 en la sección "Aviso de Privacidad".

Autorizo el tratamiento y transferencia de mis datos personales patrimoniales y financieros para efectos del cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad.

Transferencia de datos a terceros

Autorizo que AXA trate mis datos personales sensibles y que 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.

Si acepto Firma del Asegurado: _____

No acepto

Autorizo que AXA Seguros, S.A. de C.V., al inscribirse 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, de que se me ofrezcan alternativas para el tratamiento de mi enfermedad.

Si acepto Firma del Asegurado: _____

No acepto

Programación de sesiones de

Días: _____

¿Se requiere servicio de enfermería?

Días requeridos: _____

Descripción de actividades: _____

En caso de terapia inmunológica: _____

Programación de sesión en otro formato)

#	Nombre y primer apellido (E), Paracetamol
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Observaciones

Si tiene alguna observación adicional, favor de agregarla aquí: _____

En caso de reembolso y/o programación de servicios para procedimientos que requieren dispositivos, así como material quirúrgico especial se deberá llenar el siguiente apartado.

Plan terapéutico a seguir

Técnica detallada (explique en qué consiste la cirugía planeada): _____

Tiempo esperado de hospitalización de acuerdo con el procedimiento propuesto: _____

AXA Seguros, S.A. de C.V., Félix Cuevas 36 Tels. _____

Informe(s) medico(s)



Médico o especialista		Médico o especialista (anestesiólogo)	
¿Se ajusta a Tabulador médico? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tipo de participación:	
Tipo de participación:		Nombre:	
Nombre:		Especialidad:	
Especialidad:		Cédula profesional:	
Cédula profesional:		Cédula de especialidad:	
Cédula de especialidad:		RFC a facturar:	
RFC a facturar:		Domicilio:	
Domicilio:		Teléfono:	
Teléfono:		En caso de ser persona moral o pertenecer a un grupo médico	
Nombre común:		Nombre común:	
Razón social:		Razón social:	
Ayudante 1		Ayudante 2	
Tipo de participación:		Tipo de participación:	
Nombre:		Nombre:	
Otros médicos:			
Firma del médico		Lugar y fecha	
Medico firma aquí			

AXA Seguros, S.A. de C.V., Félix Cuevas 366, piso 3, Col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México, +
Tel: 55 5169 1000 - 800 900 1202 + axa.mx

Para ser llenado por el Asegurado afectado o, en su defecto, los padres o tutores en caso de ser menor de edad.

Datos personales

AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 3, colonia Tlacoquemécatl, alcaldía 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 en la sección "Aviso de Privacidad".

Autorizo el tratamiento y transferencia de mis datos personales patrimoniales y financieros para efectos del cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad.

Transferencia de datos a terceros

Autorizo que AXA trate mis datos personales sensibles y que 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.

Si acepto Firma del Asegurado: **El afectado aquí**

No acepto

Autorizo que AXA Seguros, S.A. de C.V., 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, de que se me ofrezcan alternativas para el tratamiento de mi enfermedad.

Si acepto Firma del Asegurado: **El afectado aquí**

No acepto

2008 CONFIDENTIAL - 06/03 - IVA

Informe(s) medico(s)

Si el medico se rehúsa a llenar y firmar el formato de AXA, puede usar un formato propio, pero deberá tener TODA la información pertinente que necesita la compañía.



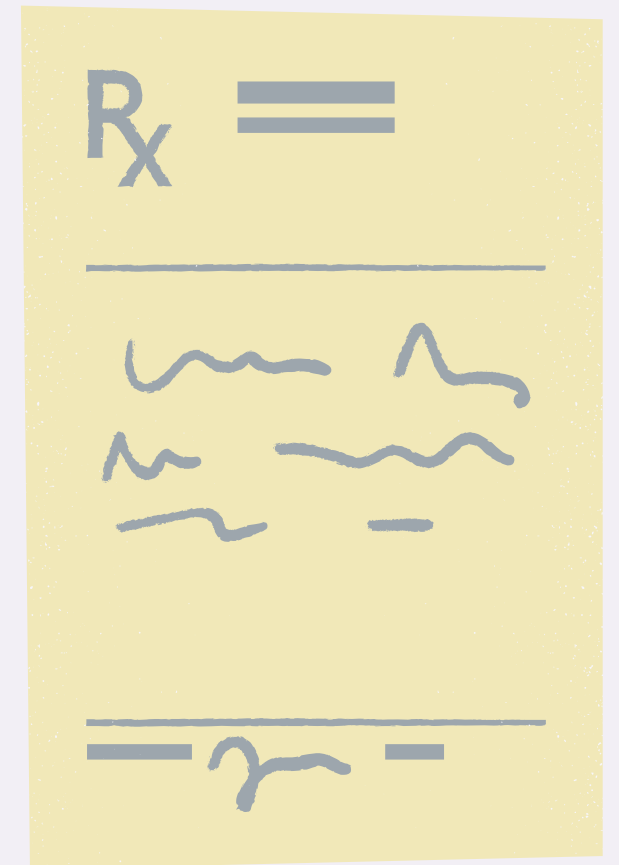
Informe(s) medico(s)

**TODO MEDICO DEBE GENERARTE UN
INFORME MEDICO SOBRE TU
PADECIMIENTO PARA SUSTENTAR
TRATAMIENTOS, MEDICAMENTOS Y
DEMÁS.**



Documentos de sustento medico y de tratamiento

- **Recetas Medicas.**
- **Envío a estudios y terapia.**
- **Interpretaciones de estudios.**
- **Resultados.**
- **Notas de Hospital.**
- **Registro de Terapias.**
- **Programaciones.**
- **etc...**

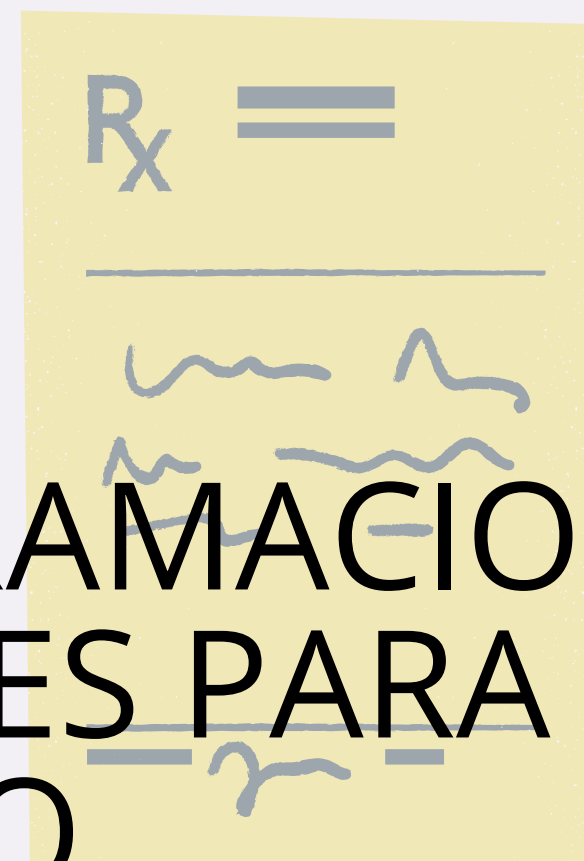




COMPARTENOS TODOS LOS DOCUMENTOS EN
ORDEN CRONOLOGICO Y DE MANERA LEGIBLE.

EVITEMOS RECHAZOS DE LA ASEGURADORA





SI YA TIENES GASTOS ANTES DE LA PROGRAMACION.
REUNE LAS FACTURAS Y COMPROBANTES PARA
SOLICITAR TU REEMBOLSO LUEGO.

**SIGUE LAS INDICACIONES DE ¿COMO PEDIR TU
REEMBOLSO?**



Facturas y comprobantes de Gasto.

Todo gasto debe estar respaldado con una factura.

Si genera IVA factura a nombre de

AXA SEGUROS S.A. DE C.V

ASE931116231

Gastos que no generan IVA, a tu nombre o a nombre del contratante.

Facturas y comprobantes de Gasto.

- **Todos los comprobantes debe ser LEGIBLES.**
- **Todos los comprobantes deben estar sustentados con una receta o una prescripción del medico.**
- **Deben tener menos de 2 años de antigüedad.**
- **Verifica que tus Honorarios Medicos no tengan ISR retenido.**

Documentos de identidad.

Identificación oficial con Firma.



INE, PASAPORTE,
ETC



EXTRANJERO



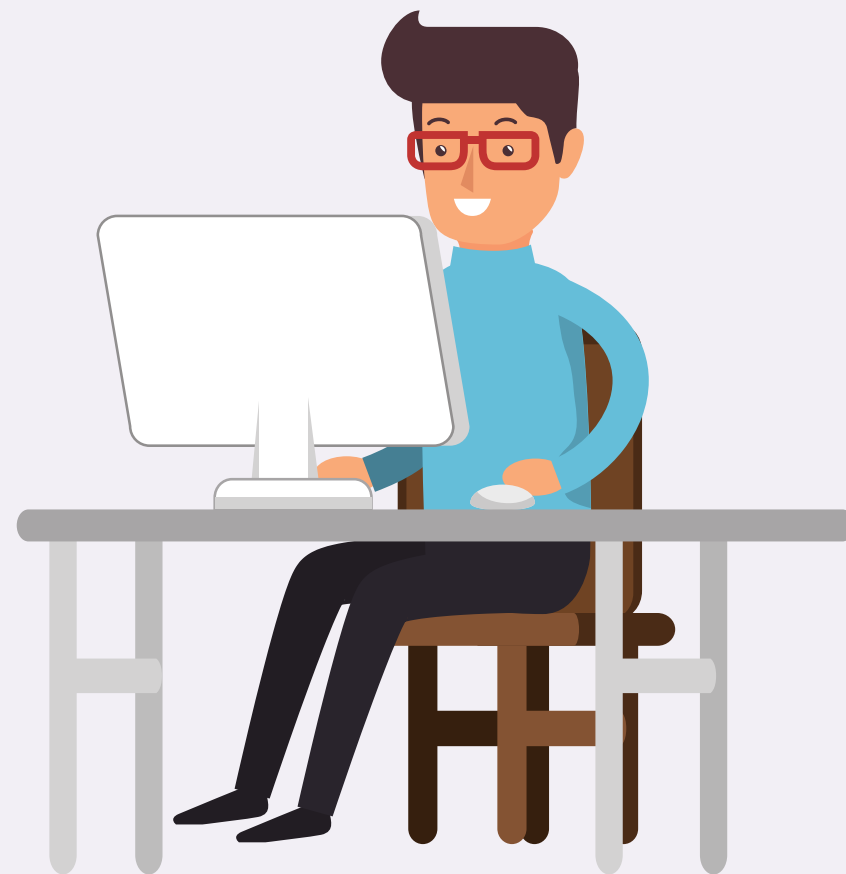
RESIDENTE

Una vez tengas todos tus documentos:

- **Escanéalos en formato .pdf o usa alguna aplicación de dispositivo móvil para hacerlo**
- **Envíalo al correo gestion@grupollanes.com**
 - # poliza+Nombre+diagnostico.
- **Te llegara un correo con tu numero de folio y a donde marcar para conocer el estatus de tu tramite.**

Una vez tengas todos tus documentos:

- **Si gustas puedes llevar los documentos completos en físico a cualquiera de nuestras oficinas en los horarios de atención.**



CONTACTO DEPARTAMENTO GESTION Y TRAMITES GRUPO LLANES



999 171 4659



gestion@grupollanes.com