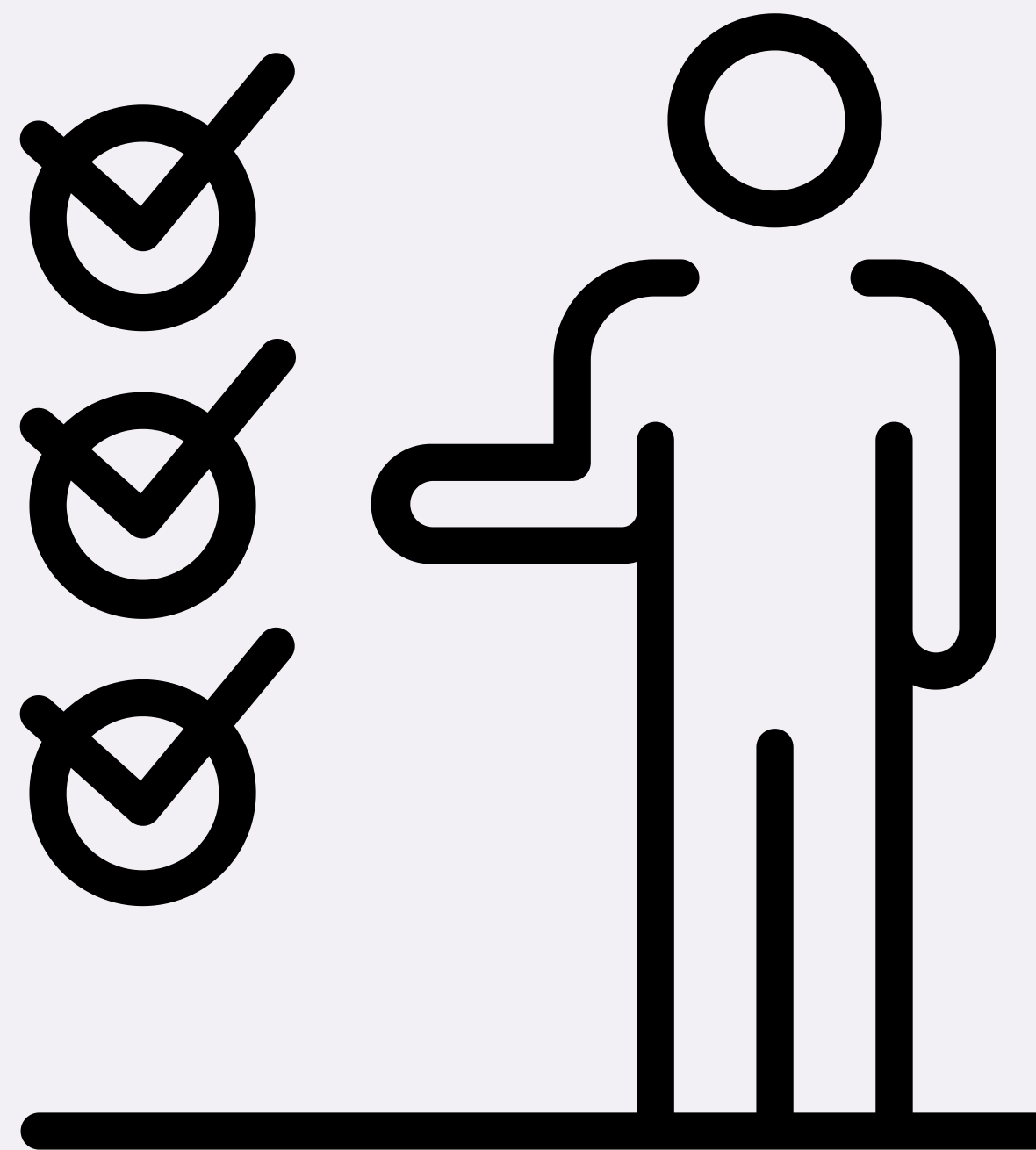




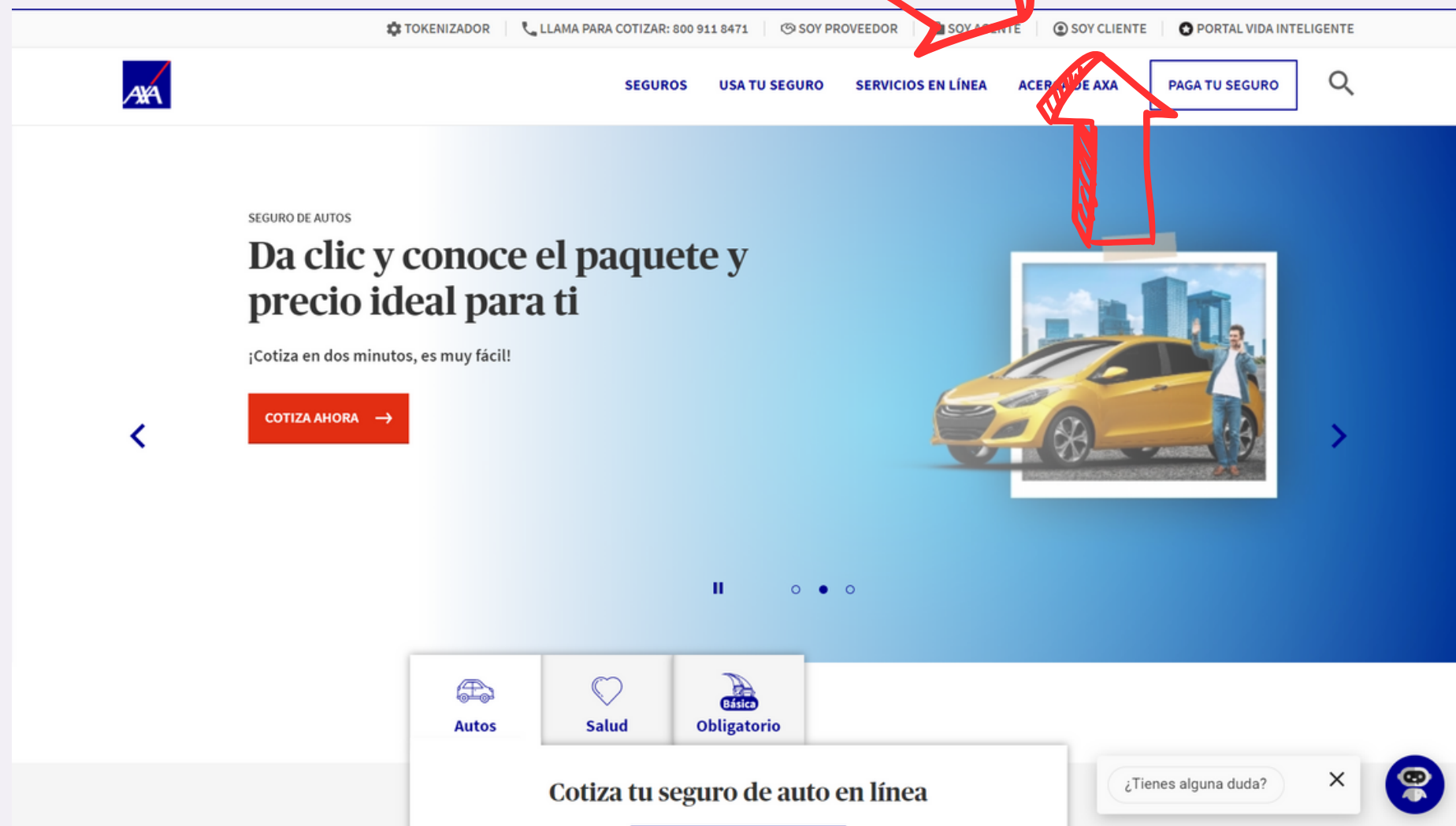
GRUPO LLANES
Agente de Seguros

¿Cómo solicitar un reembolso de GMM 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.**



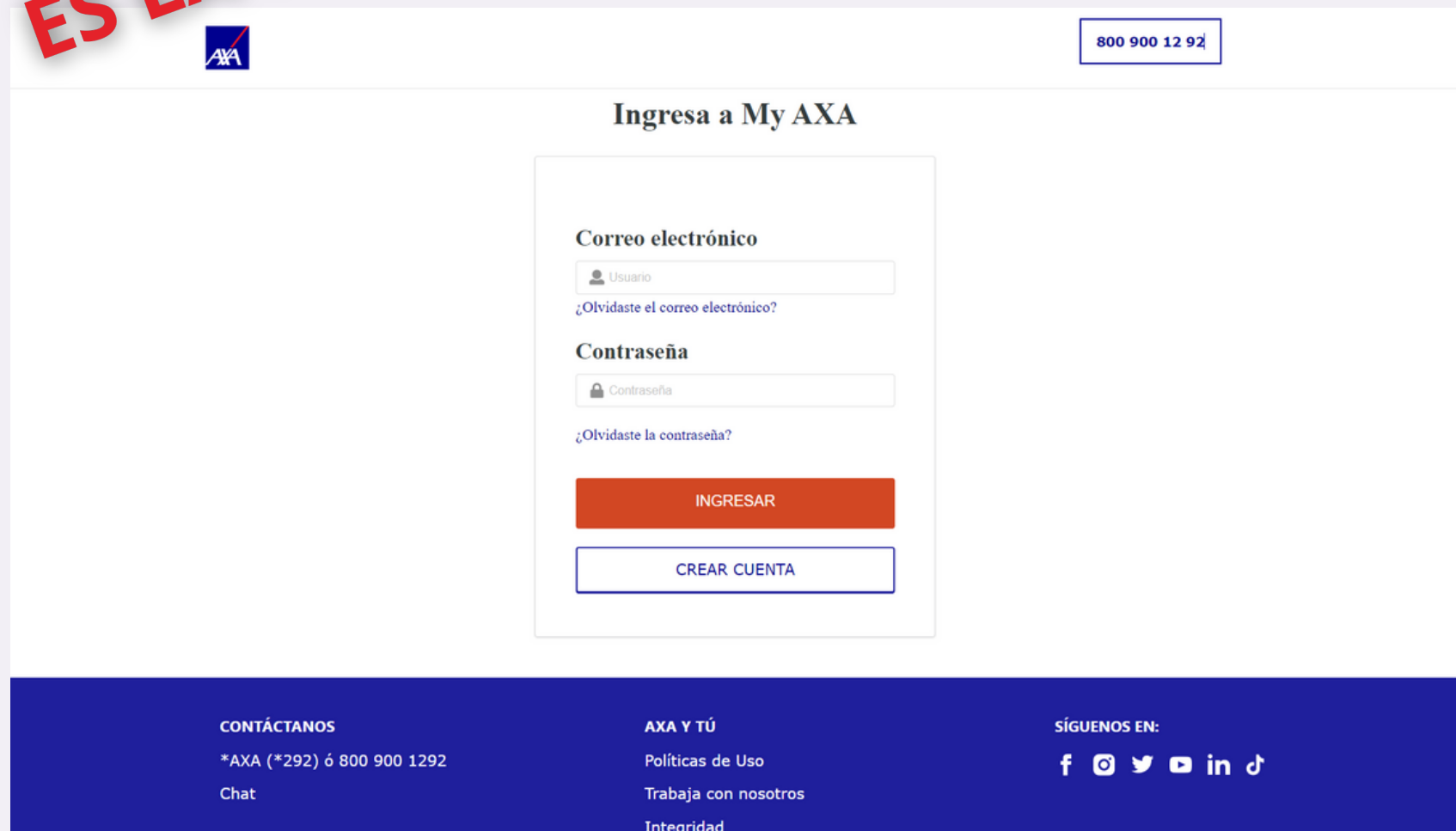
**Entra a
<https://www.axa.mx>**

**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 content area is titled 'Ingresa a My AXA' and contains two input fields: 'Correo electrónico' with a 'Usuario' label and '¿Olvidaste el correo electrónico?' link, and 'Contraseña' with a 'Contraseña' label and '¿Olvidaste la contraseña?' link. Below these fields are two buttons: 'INGRESAR' (orange) and 'CREAR CUENTA' (white with blue border). The footer is dark blue and contains three columns of text: 'CONTÁCTANOS' with '*AXA (*292) ó 800 900 1292' and 'Chat'; 'AXA Y TÚ' with 'Políticas de Uso', 'Trabaja con nosotros', and 'Integridad'; and 'SÍGUENOS EN:' with social media icons for Facebook, Instagram, Twitter, YouTube, LinkedIn, and Spotify.



**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 firmada

Informe(s) medico(s)

**Documentos de sustento
medico y de tratamiento**

**Facturas y comprobantes
de Gasto.**

**Documentos de identidad
y de pago.**

Solicitud firmada y LLENA.

AXA Gastos Médicos Mayores
Solicitud de Reembolso

Instrucciones:

- Es necesario llenar el presente formato utilizando letra de molde, legible y tinta negra. Este documento es inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.
- 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.
- Esta solicitud será analizada por AXA y de acuerdo a la Póliza y Condiciones Generales contratadas, se enviará la resolución correspondiente.
- En caso de haber iniciado el tratamiento con otra aseguradora, es necesario adjuntar carta remanente.

Información general

Nombre completo del Contratante de la Póliza: No. de Póliza: No. de certificado (en caso de contar con este número):

Datos del Asegurado afectado

Apellido paterno: Apellido materno: Nombre(s):

Edad: Sexo: Fecha de nacimiento: Día Mes Año
 Masculino Femenino

RFC: CURP:

Pais de nacimiento: Nacionalidad: Ocupación / Profesión / Giro del negocio:

Domicilio: Calle: No. exterior: No. interior: Colonia:

Código postal: Alcaldía o municipio: Población o ciudad: Estado:

Correo electrónico: Teléfono (con clave de ciudad): Tel. celular (con clave de ciudad):

Exclusivo para personas físicas

1. Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado desempeñan funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales, funcionarios o miembro de partidos políticos.
 Si No

En caso afirmativo, describa el puesto: Parentesco o vínculo:

2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con alguna sociedad o asociación? Si No
 Especifique:

3. ¿Actúa en nombre y cuenta propia? En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa:
 Si No

Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación: Parentesco o vínculo:

4. ¿Es accionista o socio de alguna sociedad o asociación?
 Si No

Nombre y porcentaje de participación:

AXA Seguros, S.A. de C.V., Félix Cuevas 366, piso 3, Col. Tlacoquemécafi, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México, • Tels. 55 5169 1000 • 800 900 1292 • axa.mx

AXA Gastos Médicos Mayores
Solicitud de Reembolso

Tipo de solicitud

Reembolso de gastos médicos Carta de valoración Pago indemnizatorio
 AP Estudiante Maternidad Gasto médico menor

Facturas o recibos presentados para reembolso

Hospital Honorarios médicos Otro(s)
 Medicamentos Patología (biopsia) Especifique:

Tipo de reclamación

Inicial Complementaria Siniestro: Diagnóstico:

Aviso de accidente

En caso de accidente, describa el lugar, cuándo y cómo ocurrió el evento y si se reportó con alguna autoridad, detallando qué provocó la lesión:

En caso de accidente automovilístico, mencionar las Compañías aseguradoras involucradas:
 Aseguradora de tu auto: Aseguradora(s) del(los) tercero(s) involucrado(s):

Facturas / Recibos adjuntos

Número de recibo	Número de factura	Especifique el tipo de tratamiento que ampara el comprobante (consulta, hospitalización, terapia, etc.)	Importe total Tipo de moneda <input checked="" type="checkbox"/> Dólar <input type="checkbox"/> M.N. <input type="checkbox"/> Otros
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
Total (a)			0

AXA Seguros, S.A. de C.V., Félix Cuevas 366, piso 3, Col. Tlacoquemécafi, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México, • Tels. 55 5169 1000 • 800 900 1292 • axa.mx

AXA Gastos Médicos Mayores
Solicitud de Reembolso

Desglose de medicamentos reclamados

Número de recibo	Número de factura	Especifique la enfermedad o diagnóstico para el que se indicó	Nombre del medicamento	Nombre de farmacia	Importe total
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
Total (b)					0
Total general (a+b)					0

Beneficiario del pago

Nombre: Asegurado Contratante Padre, Madre o Tutor
 Otro, justificación:

Al marcar esta casilla instruyo a AXA Seguros S.A. de C.V., para efectuar el pago correspondiente derivado de la presente solicitud a favor de la persona cuyos datos incluyo en el presente apartado, renunciando a toda acción o derecho a mi favor derivado del mismo, acreditando que realice el pago (factura, recibos de honorarios, etc.).

En caso de haber seleccionado otro, contratante, padre o madre, completar los siguientes campos:

Apellido paterno: Apellido materno: Nombre(s):

Edad: Sexo: Fecha de nacimiento: Día Mes Año Pais de nacimiento:
 Masculino Femenino

Nacionalidad: Ocupación / Profesión / Giro del negocio:

RFC: CURP:

Domicilio: Calle: No. exterior: No. interior: Colonia:

Código postal: Alcaldía o municipio: Población o ciudad: Estado:

Número de Firma Electrónica Avanzada:

Correo electrónico: Teléfono (con clave de ciudad): Tel. celular (con clave de ciudad):

Estimado Asegurado, te informamos que solo emitimos pagos por transferencia electrónica

Banco: _____
 Número de cuenta: _____
 CLABE interbancaria: _____

AXA Seguros, S.A. de C.V., Félix Cuevas 366, piso 3, Col. Tlacoquemécafi, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México, • Tels. 55 5169 1000 • 800 900 1292 • axa.mx



Información general			
Nombre completo del Contratante de la Póliza:		No. de Póliza:	No. de certificado (en caso de contar con este número):
Datos 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:
Domicilio: Calle:		No. exterior:	No. interior: Colonia:
Código postal:	Alcaldía o municipio:	Población o ciudad:	Estado:
Correo electrónico:		Teléfono (con clave de ciudad):	Tel. celular (con clave de ciudad):
Exclusivo para personas físicas			
1. Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado desempeñan funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales, funcionarios o miembro de partidos políticos. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo, describa el puesto:			Parentesco o vínculo:
2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con alguna sociedad o asociación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique:			
3. ¿Actúa en nombre y cuenta propia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa:	
Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación:			Parentesco o vínculo:
4. ¿Es accionista o socio de alguna sociedad o asociación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Nombre y porcentaje de participación:			

Tienes que llenar TODOS tus datos de asegurado afectado. Si no lo haces NO TE PAGAN.

Anota el tipo de reembolso...

Tipo de solicitud		
<input checked="" type="checkbox"/> Reembolso de gastos médicos	<input type="checkbox"/> Carta de valoración	<input type="checkbox"/> Pago indemnizatorio
<input type="checkbox"/> AP Estudiante	<input type="checkbox"/> Maternidad	<input type="checkbox"/> Gasto médico menor
Facturas o recibos presentados para reembolso		
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Honorarios médicos	<input type="checkbox"/> Otro(s) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Patología (biopsia)	Especifique: <input type="text"/>
Tipo de reclamación		
<input type="checkbox"/> Inicial	Siniestro: <input type="text"/>	Diagnóstico: <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Complementaria		
Aviso de accidente		
En caso de accidente, describa el lugar, cuándo y cómo ocurrió el evento y si se reportó con alguna autoridad, detallando qué provocó la lesión:		
<h2>Si fue accidente describe como ocurrió de manera clara y PRECISA.</h2>		
En caso de accidente automovilístico, mencionar las Compañías aseguradoras involucradas:		
Aseguradora de tu auto: <input type="text"/>	Aseguradora(s) del(los) tercero(s) involucrado(s): <input type="text"/>	

**Documentos que enviaras.
Si es inicial o si ya tienes siniestro abierto.**



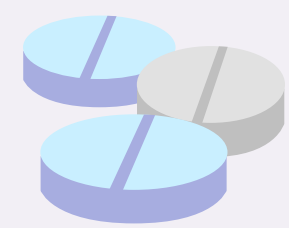
Anota el numero de factura, ¿Qué gasto es? y ¿Cuánto fue?

Facturas / Recibos adjuntos			
Número de recibo	Número de factura	Especifique el tipo de tratamiento que ampara el comprobante (consulta, hospitalización, terapia, etc.)	Importe total
			Tipo de moneda <input type="checkbox"/> Dólar <input type="checkbox"/> M.N. <input type="checkbox"/> Otros
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
Total (a)			0

Luego solo súmalo.



Anota el numero de factura, ¿Qué Diagnostico es? ¿Qué medicamento fue?, ¿Donde se compro? y ¿Cuanto costo?



Desglose de medicamentos reclamados					
Número de recibo	Número de factura	Especifique la enfermedad o diagnóstico para el que se indicó	Nombre del medicamento	Nombre de farmacia	Importe total
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
				Total (b)	0
				Total general (a+b)	0

Beneficiario del pago

si no te alcanzan los renglones puedes usar mas hojas del formato



EL APARTADO MAS IMPORTANTE

¿Cómo te Pagarán?

Beneficiario del pago			
Nombre: _____			
<input type="checkbox"/> Asegurado <input checked="" type="checkbox"/> Contratante <input type="checkbox"/> Padre, Madre o Tutor			
<input type="checkbox"/> Otro, justificación: _____			
Al marcar esta casilla instruyo a AXA Seguros S.A. de C.V., para efectuar el pago correspondiente derivado de la presente solicitud a favor de la persona cuyos datos incluyo en el presente apartado, renunciando a toda acción o derecho a mi favor derivado del mismo, acreditando que realizo el pago (factura, recibos de honorarios, etc.).			
En caso de haber seleccionado otro, contratante, padre o madre, completar los siguientes campos:			
Apellido paterno: _____		Apellido materno: _____	Nombre(s): _____
Edad: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento: _____	País de nacimiento: _____
Nacionalidad: _____	Occupación / Profesión / Giro del negocio: _____		
RFC: _____			
Domicilio: Calle: _____	No. exterior: _____	No. interior: _____	Colonia: _____
Código postal: _____	Alcaldía o municipio: _____	Población o ciudad: _____	Estado: _____
Número de Firma Electrónica Avanzada: _____			
Correo electrónico: _____	Teléfono (con clave de ciudad): _____	Tel. celular (con clave de ciudad): _____	
Estimado Asegurado, te informamos que solo emitimos pagos por transferencia electrónica			
Banco: _____			
Número de cuenta: _____			
CLABE interbancaria: _____			

**Estos datos son de quien
COBRARA el reembolso.
Ten Cuidado de llenarlos
completos y correctos**

EL APARTADO MAS IMPORTANTE

**Debes anotar los datos de
cuenta al que se te
abonara el reembolso**

Estimado Asegurado, te informamos que solo emitimos pagos por transferencia electrónica

Banco: _____

Número de cuenta: _____

CLABE interbancaria: _____

AXA Seguros, S.A. de C.V., Félix Cuevas 366, piso 3, Col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México, •

Tels. 55 5169 1000 • 800 900 1292 • axa.mx

EL APARTADO MAS IMPORTANTE

Estimado Asegurado, te informamos que solo emitimos pagos por transferencia electrónica

Banco: _____

Número de cuenta: _____

CLABE interbancaria: _____

AXA Seguros, S.A. de C.V., Félix Cuevas 366, piso 3, Col. Tlacoquemécatl, alcaldía Benito Juárez, 03200, CDMX, México,
Tels. 55 5169 1000 • 800 900 1292 • axa.mx

**Todos estos datos están en tu estado de
cuenta bancario.**

Donde debes firmar

Firma del Beneficiario de pago	Lugar y fecha de reclamación	
Quien cobrará		
<p>Nota: no se realizan pagos ni de gastos a tarjeta de crédito. Para transferencia electrónica es indispensable el llenado de estos 3 datos, mismos que serán usados únicamente para esta reclamación. En caso de omisión, no será posible continuar con el análisis integral de su solicitud.</p>		
Datos personales		
<p>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.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo la publicación de mi diagnóstico en la carta respuesta.</p>		
Transferencia de datos a terceros		
<p>Para ser llenado por el Asegurado afectado, o en su defecto los padres o tutores en caso de ser menor de edad</p> <p>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.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí acepto</p>		
Firma del Asegurado:		
<p>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.</p>		
<input checked="" type="checkbox"/> Sí acepto		<input type="checkbox"/> No acepto
Firma del Asegurado:		
<p>Autorizo que AXA transfiera mis datos personales relativos a la siniestralidad de mi Póliza a mi agente o al broker.</p>		
<input checked="" type="checkbox"/> Sí acepto		<input type="checkbox"/> No acepto
Firma del Asegurado:		
Firma del Asegurado afectado o representante legal	Firma del Asegurado titular y/o Contratante	Lugar y fecha
<p>Nota: siempre que se utilice el sistema de pago por reembolso, el Asegurado ratifica que contrató a su elección por nombre y cuenta de AXA Seguros, a los proveedores de los servicios médicos (personas morales) tales como hospitales, farmacias, laboratorios, proveedores de equipo médico incluyendo aparatos y prótesis. Los gastos que el Asegurado haya realizado</p>		

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.

AXA Gastos Médicos Mayores Informe Médico

Instrucciones

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

Antecedentes ginecoobstétricos

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. _____

Diagnóstico(s)

Padecimiento actual (principales signos, síntomas y detalles de evolución):

Fecha de padecimiento: _____ Día

Tipo de padecimiento:

Congénito Adquirido

Causa o etiología del padecimiento

¿Tiene relación con otro padecimiento anterior?
 Sí No P.

¿El padecimiento ocasionó incapacidad?
 Sí No P.

Diagnóstico (indicando si es unilato): _____

Código ICD: _____

Señale los datos relevantes de exploración:

Describe los estudios de laboratorio:

Tratamiento

Tratamiento propuesto (quirúrgico, farmacológico, etc.): _____

Fecha de cirugía: _____ Día Mes Año

AXA Seguros, S.A. de C.V., Félix Cuevas

AXA 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?

¿Se realizó estudio histológico?
Describe el resultado de: _____

¿Se realizó estudio de imagen?
Describe el resultado de: _____

¿Se presentaron complicaciones?
Describe las complicaciones: _____

¿Continuará recibiendo el tratamiento?
Describe el tratamiento: _____

Programación de sesiones de terapia

Días: _____

¿Se requiere servicio de enfermería?
Días requeridos: _____

Descripción de actividades: _____

En caso de terapia inmunológica: _____

Detalle de evolución: _____

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

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 - 06/03/14

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.



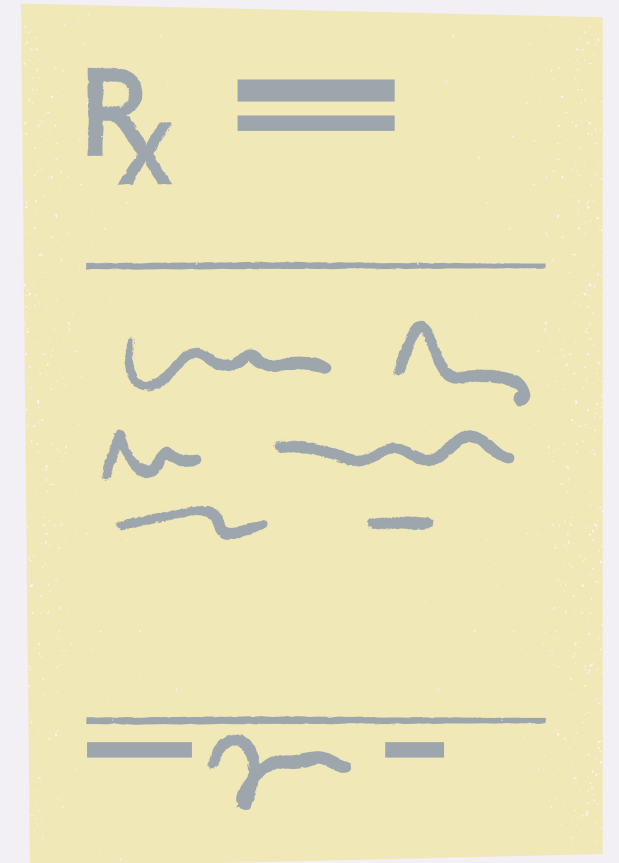
Informe(s) medico(s)

**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



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 y de pago.

Identificación oficial con Firma.

Edo. Cta Bancario.



si no no te pagan

si no no te pagan

VISA 1 DE 3 LANPASS Santander

ESTADO DE CUENTA NACIONAL DE TARJETA DE CRÉDITO

NOMBRE DEL TITULAR: <<NOMBRE CLIENTE>>
Nº DE TARJETA DE CRÉDITO: 0000 0000 0000 0000 VISA DORADA LANPASS
FECHA ESTADO DE CUENTA: 15/12/2015
Consideramos aprobado este estado de cuenta si dentro de 45 días siguientes al vencimiento no hemos recibido aviso por escrito en contrario

<<NOMBRE CLIENTE>>
<<DIRECCIÓN CLIENTE>>

I. INFORMACIÓN GENERAL

	CUPO TOTAL	CUPO UTILIZADO	CUPO DISPONIBLE	CAE PREPAGO
CUPO TOTAL	\$ 2.922.800	\$ 746.433	\$ 2.176.367	13,09 %
CUPO TOTAL AVANCE EN EFECTIVO	\$ 11.485.004	\$ 11.342.107	\$ 142.897	SIN SELLO SERNAC

	ROTATIVO	COMPRA EN CUOTAS	AVANES EN CUOTAS
TASA INTERÉS VIGENTE	2,47 %	3,05 %	2,47 %
CAE	47,63 %	49,80 %	42,00 %

CAE se calcula sobre un supuesto de gasto mensual de UF 20 y pagadero en 12 cuotas

PERIODO FACTURADO: 12/11/2015 15/12/2015
PAGAR HASTA: 04/01/2016

II. DETALLE

PERIODO DE FACTURACIÓN ANTERIOR	DESDE	HASTA
1. PERIODO ANTERIOR	12/10/2015	12/11/2015
SALDO ADEUDADO INICIO PERIODO ANTERIOR	\$ 11.673.348	
MONTO FACTURADO A PAGAR (PERIODO ANTERIOR)	\$ 461.244	
MONTO PAGADO PERIODO ANTERIOR	\$ 461.244	
SALDO ADEUDADO FINAL PERIODO ANTERIOR	\$ 11.669.443	

PERIODO ACTUAL	DESDE	HASTA
2. PERIODO ACTUAL	12/11/2015	15/12/2015

LUGAR DE OPERACIÓN	FECHA DE OPERACIÓN	DESCRIPCIÓN OPERACIÓN O CARGO	MONTO OPERACIÓN O CARGO	MONTO TOTAL A PAGAR	CARGO DEL MES
1. TOTAL OPERACIONES					
MOVIMIENTOS TARJETA XXXX-7984					
				\$ 655.225	\$ 515.077
03/09/15		INTEGRAMEDICA TREBO	NI CUOTAS PRECIO	0,00 %	\$ 147.330
03/09/15		INTEGRAMEDICA TREBO	NI CUOTAS PRECIO	0,00 %	\$ 29.142
09/09/15		AVANCE EN CUOTAS 0		1,10 %	\$ 11.440.000
17/09/15		BAC CHIGUAYANTE	TRES CUOTAS PREC	0,00 %	\$ 112.871
19/10/15		BAC CHIGUAYANTE	TRES CUOTAS PREC	0,00 %	\$ 87.819

EMISOR: COMPROBANTE DE PAGO
NOMBRE: <<NOMBRE CLIENTE>>
NÚMERO DE TARJETA: 0000 0000 0000 0000
PAGAR HASTA: 04/01/2016
MONTO TOTAL FACTURADO A PAGAR: \$ 658.336
MONTO MÍNIMO A PAGAR: \$ 0

CLIENTE: COMPROBANTE DE PAGO
NOMBRE: <<NOMBRE CLIENTE>>
NÚMERO DE TARJETA: 0000 0000 0000 0000
PAGAR HASTA: 04/01/2016
MONTO TOTAL FACTURADO A PAGAR: \$ 658.336
MONTO MÍNIMO A PAGAR: \$ 0

Cheque Efectivo

si no no te pagan

si no no te pagan

si no no te pagan

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