



Instrucciones:

- 1. Este formato debe ser llenado y firmado en su totalidad y con letra de molde.
2. 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.
3. 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.

Form fields: Número de Solicitud, Lugar, Fecha (Día, Mes, Año), Ref. Póliza Núm., Certificado, Contratante

AXA Seguros

A quien corresponda:

Por este medio me permito solicitar el reembolso de los gastos efectuados por la atención médica de:

Form fields: 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 []

Form fields: Dr.(a) Especialidad (multiple entries)

- 3) Historia(s) Clínica(s) Sí [] No []

- 4) Resultados de los siguientes estudios de laboratorio y gabinete (señale los presentados)

Form fields: [] Orina, [] Excremento, [] Sangre, [] Radiografías, [] Ultrasonido, [] Tomografía, [] Resonancia Magnética, [] Urografía, [] Electrocardiograma, [] Electroencefalograma, [] Histopatología, [] Otros

Especifique

- 5) Relación de comprobantes:

Table with 6 columns: No. de recibo, Nombre, Monto, No. de recibo, Nombre, Monto. Includes dollar signs and lines for data entry.

¿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:

Form fields: Centro de Contacto 24 horas: Gastos Médicos 51 69 27 27, Lada sin costo 01 800 900 1AXA, Lada sin costo EUA y Canadá 18 88 29 37 221; Atentamente; Nombre y firma