



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.	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:

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: 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
--	---