Gastos Médicos Mayores

Solicitud de Siniestros

1 Tu solicitud será revisada conforme a las condiciones de tu póliza.

Antes de recibir atención médica, verifica que tu médico u hospital forme parte de nuestra red.
Puedes hacerlo en axa.mx, en el “Buscador de Servicios”.
Asegúrate de que tus informes, recetas y estudios tengan una antigüedad no mayor a 6 meses.
Para más información, consulta la guía de usuario o las condiciones generales en axa.mx.

2 Instrucciones.

1. Este formato debe contar con la firma del asegurado. En caso de menores de edad, deberá ser firmado por su representante legal.
2. Si tu tratamiento inició con otra aseguradora, te pedimos adjuntar la carta remanente de suma asegurada.
3. Verifica que la información esté completa.

3 Adjunta los documentos requeridos según el tipo de trámite que deseas realizar. Los documentos marcados con la palomita son obligatorios.

Tipo de documento	Reembolso	Programación de servicios	Pago Directo
Solicitud de siniestros	✓	✓	✓
Informe médico	✓	✓	✓
Interpretación de los estudios de laboratorio y/o gabinete*	✓	✓	✓
Identificación Oficial (INE o Pasaporte)	✓	✓	✓
Recetas de los medicamentos	✓	✓	✓
Factura y XML	✓		

*Únicamente aplica para solicitud inicial cuando se cuenta con una orden directa del médico, o si estás solicitando un reembolso.

4 Si tu atención médica fue en el extranjero, registra los siguientes datos:

Reembolso. Desglose de los gastos hospitalarios (Itemized Bill o Itemized Invoice). Adjuntar como anexo a esta solicitud.

Pago Directo. MRN (Medical Record Number) o número de expediente. Estos datos se encuentran en la pulsera de identificación del paciente:

5 Información general de la póliza.

Nombre completo del contratante de la póliza:	No. de póliza:

6 Información del asegurado afectado. Si el asegurado es menor de edad, incluye también los datos del tutor o representante legal.

Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):
Correo electrónico:	Teléfono de contacto (con clave de ciudad):	Certificado:

7 Si deseas que otra persona te apoye en el seguimiento de tu trámite, registra los siguientes datos:

¿Cuál es el vínculo con el asegurado?

Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):
Correo electrónico:		Teléfono de contacto (con clave de ciudad):

AI-466 • JULIO 2026

8 ¿Este evento está relacionado con algún padecimiento previo? Si es así, indica el número de siniestro o diagnóstico.

9 En caso de accidente, describe dónde, cuándo y cómo ocurrió:

10 Tipo de cobertura:

☐ Nacional ☐ Internacional

11 Selecciona el trámite que vas a realizar:

☐ Reembolso (facturas) ☐ Servicios Programados ☐ Pago Directo

12 Desglose de Gastos

Desglosa el tipo de tratamiento, medicamento o equipo médico a solicitar:	Cantidad	Durante cuánto tiempo lo requieres (ej. un mes)	En caso de reembolso	
			Factura	Importe
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
			Total	$

☐ Otros, especifique:

Nota: Solo será considerado el desglose registrado en este apartado. Si necesitas agregar más, adjunta una hoja adicional llenando únicamente la sección de **"Desglose de Gastos"**.

13 Si requieres algún procedimiento o tratamiento específico, registra los siguientes datos:

Fecha de programación del servicio: Día Mes Año	Nombre del prestador de servicio que brindará la atención:	Tipo de tratamiento:

14 Domicilio para recibir medicamentos y/o equipo médico (en su caso).

Calle:	No. exterior:	No. interior:	Colonia:	
Código postal:	Alcaldía/Municipio:	Población o Ciudad:	Estado:	País:
¿Recibe alguien más? Nombre completo de la persona que recibirá:			Teléfono de contacto (con clave de ciudad):	

AI-466 • JULIO 2026

15 Beneficiario del pago (solo aplica para rembolso). Indica a quién deseas que se realice el pago.

☐ Asegurado ☐ Contratante

Para procesar tu reembolso, proporciona tu número de cuenta CLABE bancaria. Ten en cuenta que los pagos se realizan solo por transferencia electrónica y no se realizan pagos a cuentas de tarjetas de crédito.

Razón social o nombre completo (apellido paterno, apellido materno y nombre):	País de nacimiento:	Nacionalidad(es):

RFC:	CURP:

Calle:	No. exterior:	No. Interior:	Colonia:

Código postal:	Alcaldía/Municipio:	Población o Ciudad:	Estado:	País:

Banco:

CLABE interbancaria:

16 Llenar sólo si el beneficiario de pago es distinto al contratante.

Correo electrónico:	Teléfono de contacto (con clave de ciudad):

17 Datos personales y transferencia de datos a terceros.

Autorizo y doy mi consentimiento expreso y por escrito mediante mi firma en el presente formato a AXA Seguros, S.A. de C.V. ("AXA"), con domicilio en Avenida Félix Cuevas 366, Piso 3, Colonia Tlacoquemécatl, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, para lo siguiente:

1. El tratamiento de mis datos personales, incluyendo datos financieros, patrimoniales y sensibles ("Datos"), para los fines establecidos con nuestra relación jurídica o contractual, así como las demás finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad Integral de AXA, disponible en axa.mx.
2. La transferencia de mis Datos a mi agente de contacto, cuyo nombre es_____, y cuyo correo electrónico es_____, incluyendo los datos relativos a la siniestralidad de mi póliza y datos personales sensibles, con el propósito de gestionar mis siniestros, dar seguimiento y cumplir con las obligaciones derivadas del Contrato de Seguro, así como para las demás finalidades señaladas en el Aviso de Privacidad Integral de AXA, disponible en axa.mx. Reconozco que puedo manifestar mi oposición a esta transferencia en cualquier momento, por escrito, y conforme a lo establecido en dicho Aviso de Privacidad.
3. Bajo mi entera responsabilidad, autorizo a _____ a acceder a la totalidad de mis Datos y manejarlos; asimismo, le confiero facultades para que, en mi nombre y representación, lleve a cabo todas las gestiones necesarias para el inicio, seguimiento, atención y conclusión del trámite objeto de la presente solicitud, asumiendo la obligación de informar a la persona designada sobre la entrega y finalidad de los Datos y en dónde puede consultar el Aviso de Privacidad Integral de AXA. Por consiguiente, renuncio a toda acción o derecho de cualquier naturaleza en contra de AXA, sus representantes, empleados y colaboradores, por cualquier acceso, uso, tratamiento o gestión que realice el familiar o tercero respecto de mis Datos, en ejercicio de las autorizaciones y facultades conferidas.
4. Que AXA analice, valide y solicite en mi nombre y representación, la información necesaria sobre la póliza, mi reclamación o siniestro, evento reclamado, antecedentes médicos o de salud de la persona asegurada, pudiendo obtenerla de instituciones, profesionales de la salud, laboratorios, autoridades o dependencias y autorizo a dichas instituciones y profesionales a proporcionar la información solicitada a AXA, eximiéndolos de responsabilidadpor su transmisión.

Firma del Solicitante	Firma del Intermediario

AI-466 • JULIO 2026