



Siniestros salud

Correcto llenado de solicitudes con datos del cliente



Apreciable socio(a) comercial:

Con el objetivo de asegurar la correcta gestión de siniestros para nuestros asegurados y mantener la eficiencia en nuestras operaciones, reforzamos contigo la importancia del llenado adecuado de las solicitudes de trámites en los formatos oficiales, especialmente en la aceptación y manejo de la información de nuestros asegurados.



Presta especial atención a los siguientes puntos al completar los formatos:



Veracidad de la información:
Que todos los datos proporcionados sean correctos y actualizados.



Legibilidad:
Estilo claro; en caso de ser manuscrito, escribir en letra de molde.



Plazos:
Respetar los tiempos de entrega de formatos nos permitirá procesar la información de manera efectiva.



Contamos con tu apoyo para requisitar en todo momento los siguientes apartados en las solicitudes de trámites:



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



Descarga los formatos

Formato de reembolso

Formato pago directo

Formato programación

Informe médico

¡Juntos, protegemos mejor a más mexicanos!