



## Gastos Médicos Mayores Solicitud de Carta de Suma Remanente

### Instrucciones:

1. Es necesario llenar el presente formato en su totalidad, sin dejar espacios en blanco. Utilice letra de molde, legible y tinta negra.
2. Este documento es inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.
3. 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.
4. Llenar un formato por cada siniestro.

### Nombre del asegurado afectado:

\_\_\_\_\_

Tal como aparece en la identificación oficial

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
dd/ mm/ aaaa

Número de póliza Axa (última): \_\_\_\_\_

Por medio del presente solicito carta suma asegurada remanente del siniestro Axa:

Número: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Detalle de Deducible y Coaseguro:

☐

Si

☐

No

\_\_\_\_\_  
**Firma del asegurado afectado** (Para mayores de 18 años)

\*En caso de asegurados menores de 18 años firma de asegurado titular

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
dd/ mm/ aaaa

Llenar un formato por cada siniestro  
Incluir copia de identificación oficial vigente