



**Datos personales**

Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de **AXA Seguros, S.A. de C.V.** por lo que de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares autorizo que los datos personales proporcionados en esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro. Firma \_\_\_\_\_

Asimismo autorizo que en caso de siniestros AXA comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible con mi agente de seguros. "En caso de que usted no acepte, favor de anular ambas casillas y **no estampe su firma**".

Sí  No  Firma \_\_\_\_\_

El tratamiento de los datos personales en **AXA Seguros, S.A. de C.V.**, se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet [axa.mx](http://axa.mx), en la sección aviso de privacidad.

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

**Transferencia de datos a terceros**

**Para ser llenado por el asegurado afectado, o en su defecto los padres o tutores en caso de ser menor de edad**

¿Autoriza que AXA Seguros S.A. de C.V., al inscribirlo en alguno de los programas que incluye su póliza de gastos médicos mayores, con la finalidad de ofrecerle los servicios de asistencia que le permitan dar seguimiento específico a su padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y en su caso se le ofrezcan alternativas para el tratamiento de su enfermedad; esté facultada para transferir sus datos personales y sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio?

Sí acepto  Fecha y firma del asegurado \_\_\_\_\_ No acepto  Fecha y firma del asegurado \_\_\_\_\_

Firma del asegurado afectado o representante legal	Firma del asegurado titular y/o contratante	Lugar y fecha

**Aviso de accidente (en caso de accidente automovilístico)**

¿Cuenta con seguro de automóvil?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la compañía	
Cobertura	Suma asegurada	No. de póliza	Cía. del tercero
Días de estancia	¿Estuvo hospitalizado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hospital en que fue atendido	
¿Qué estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento?			
Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias del Ministerio Público)			

**Documentación a anexar a esta solicitud:**

- Copia de tarjeta del seguro
- Informe médico (Medical brief o ER Record)