Gastos Médicos Mayores Internacional

Formulario de Siniestros por Reembolso
Globalmex Premium / Globalmex Executive

Este Formulario de Siniestros deberá ser utilizado solo si el proveedor no presentó siniestros directamente a GBG en su nombre. Envíe este formulario junto con las facturas detalladas, diagnóstico y recibos.
Se requiere completar todos los campos a continuación para procesar esta solicitud de reembolso.

A. Información del titular de la Póliza

Apellido	Nombre
Nombre del grupo (si se aplica)	Número de Póliza AXA
Número de ID GBG	Correo electrónico
Dirección actual de residencia	
País	Teléfono 01

B. Informacion del paciente

☐ Titular de la Póliza ☐ Dependiente

Apellido	Nombre
Fecha de nacimiento Día Mes Año	Género ☐ Masculino ☐ Femenino

C. Información del siniestro

Diagnóstico o tipo de accidente (en caso de accidente, por favor llenar la sección F de este formulario así como el cuestionario de accidente)

Esta solicitud está relacionada a tratamiento de maternidad ☐ Sí ☐ No	Fecha de parto Día Mes Año

Fecha en que los síntomas empezaron a ser notados por el paciente Día Mes Año

D. Información del proveedor (médico o instalación)

Nombre del médico / instalación / proveedor

Dirección	País
Teléfono	Correo electrónico (si dispone)

E. Información sobre otros seguros

Indique si el paciente tiene cobertura adicional por
a. Cualquier otro plan de salud ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique el nombre y dirección de la otra aseguradora y número de Póliza

F. Información sobre el accidente (si es aplicable adjunte copia del reporte policial)

El accidente fue debido a:
A. La ocupación del paciente ☐ Sí ☐ No
B. Un accidente de automóvil ☐ Sí ☐ No

De ser afirmativo, por favor proporcione la información del seguro de automóvil (nombre de la empresa y número de Póliza)

C. Otro tipo de accidente ☐ Sí ☐ No

Indique los detalles del accidente

G. Descripción de la Solicitud de Reembolso

Los siguientes tratamientos y/o medicamentos prescritos fueron proporcionados y los gastos de cada uno se indican a continuación

Fecha de servicio Día Mes Año	Descripción de cada procedimiento, los servicios médicos y/o el medicamento prescrito	Costo	Moneda
	Monto total pagado por el Asegurado:		

H. Información para Reembolso

☐ Transferencia bancaria

Datos bancarios del Beneficiario

Nombre completo / Razón social:		
Banco	Tipo de cuenta	
Número de cuenta	RFC	ISR

Información importante para ser completada por el paciente

Cualquier persona que conscientemente presente una declaración de siniestro que contenga cualquier declaración o cualquier información falsa o incompleta, puede ser culpable de un delito susceptible de sanción por la ley y puede estar sujeto a sanciones civiles. Las respuestas anteriores son verdaderas y correctas según mi conocimiento.

Datos personales

AXA Seguros, S.A de C.V (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 6, Colonia Tlacoquemécatl, Delegación 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.

Nombre del paciente (Representante legal si el paciente es menor de 18 años)	Firma	Fecha

Contacte a nuestro departamento de servicio al cliente para cualquier consulta acerca de siniestros:
Llamada para México: (52-55) 8526-4424.
Sin costo en el extranjero: (305) 697-1778.
A través de correo: gbgelitemx@gbg.com.