



**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										
B. Información del paciente											
<input type="checkbox"/> Titular de la Póliza <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Dependiente</span>											
Apellido	Nombre										
Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de parto <span style="float: right;">Día Mes Año</span> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>										
Fecha en que los síntomas empezaron a ser notados por el paciente	<span style="float: right;">Día Mes Año</span> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>										
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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
B. Un accidente de automóvil	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> Transferencia bancaria		
<b>Datos bancarios del Beneficiario</b>		
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. Autorizo a cualquier médico, institución médica, farmacia, compañía de seguros, empleador, sindicato o asociación, a divulgar información a Global Benefits Group como se requiere para pagar adecuadamente todos los beneficios, si los hay, debido a mí, mi cónyuge, o cualquier otro dependiente. Una fotocopia de esta autorización será considerada efectiva y válida como el original.		
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](mailto:gbgelitemx@gbg.com).