



**Gastos Médicos Mayores Internacional**  
Formulario de Siniestros por Reembolso  
Globalmex

Este Formulario de Siniestros deberá ser utilizado solo si el proveedor no presentó siniestros directamente a Administrative Services, S.A. de C.V. 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 SureGo/Trawick	Correo electrónico
Dirección actual de residencia	
País	Teléfono

**B. INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Titular de la Póliza       Dependiente      Género:     Masculino     Femenino

Apellido	Nombre
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	

**C. INFORMACIÓN DEL SINIESTRO**

Diagnóstico o tipo de accidente (en caso de accidente, 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 (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Fecha en que los síntomas empezaron a ser notados por el paciente (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_



**D. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR (médico o instalación)**

Nombre del médico / instalación / proveedor

Dirección

País

Teléfono

Correo electrónico

**E. INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS**

Indique si el paciente tiene cobertura adicional por 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. INFORMACIÓN PARA REEMBOLSO**

Transferencia bancaria

**Datos bancarios del Beneficiario**

---

Nombre completo / Razón social

---

Banco

---

Tipo de cuenta y número de cuenta

---

Clabe interbancaria y código SWIFT

---

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 3, 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](http://axa.mx) en la sección Aviso de Privacidad.

---

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

---

Firma

---

Fecha (dd/mm/aaaa)

Contacte a nuestro departamento de servicio al cliente para cualquier consulta acerca de siniestros:  
Llamada para México: (5255) 4631-9837. | Sin costo en el extranjero: (305) 741-3919.  
A través del correo: [serviciomx@trawicklatam.com](mailto:serviciomx@trawicklatam.com)