

SOLICITUD DE RECLAMACIÓN

DATOS PERSONALES

PÓLIZA NO. (Campo obligatorio)

ID Beneficiario (Campo obligatorio)		Empresa contratante (Campo opcional)	
Folio de Referencia (Campo opcional)		Tipo de reclamación: Inicial <input type="checkbox"/> Subsecuente <input type="checkbox"/> (Campo obligatorio)	
Nombre(s) y apellidos del beneficiario (Campo obligatorio)		Fecha de nacimiento D D M M A A A A	Curp (Campo obligatorio) RFC (obligatorio)
Nacionalidad (Campo obligatorio)	País de nacimiento (Campo obligatorio)	Ocupación o profesión (Campo obligatorio)	
Teléfono (Campo obligatorio)	No. de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada: (Campo obligatorio)	Correo electrónico (Campo obligatorio)	

DOMICILIO

Calle (Campo obligatorio)		Colonia (Campo obligatorio)	Número ext. (Campo obligatorio)	Número int. (Campo obligatorio)
C.P (Campo obligatorio)	Alcaldía o municipio (Campo obligatorio)	País (Campo obligatorio)	Estado (Campo obligatorio)	

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha de inicio de síntomas: D | D | M | M | A | A | A | A Fecha de primer atención: D | D | M | M | A | A | A | A

Descripción de la atención. Si es enfermedad describe los síntomas presentados, si es accidente describe: cómo, cuándo y dónde ocurrió el accidente. (Campo obligatorio)

DATOS BANCARIOS:

Manifiesto que la cuenta CLABE siguiente, fue proporcionada por quien suscribe y que la misma es correcta. Por lo anterior, manifiesto mi conformidad para que a la misma sea depositado el monto que, en su caso, me corresponda, liberando a General de Salud, Compañía de Seguros S.A. de cualquier obligación de pago por error de cuenta CLABE o en cualquier otro dato.

Titular de la cuenta (Campo obligatorio)	Banco (Campo obligatorio)
Clabe interbancaria (Campo obligatorio)	Cuenta (Campo obligatorio)

Para tramitar una solicitud de reembolso, es necesario contar con la siguiente información para el análisis de su caso: ✓

1. Identificación oficial: INE, pasaporte, FM2 y FM3 (Solo para trámites iniciales) (Campo obligatorio)	
2. Comprobante de domicilio vigente (sólo cuando el domicilio no coincida con el de la identificación oficial o esta no la contenga) no mayor a 3 meses (Campo obligatorio)	
3. CURP (podrá aparecer en otro documento expedido o identificación oficial)	
4. Cédula de Identificación Fiscal - RFC (Podrá aparecer en otro documento expedido por una autoridad fiscal)	
5. Estado de cuenta con CLABE interbancaria (PDF) no mayor a 3 meses (Campo obligatorio)	
6. Aviso de accidente o enfermedad de General de Salud (requisitado en su totalidad con fecha y firma del asegurado)*	
7. Informe Médico de General de Salud, Odontograma, orden de servicio y/o receta según corresponda. (requisitado en su totalidad con cédula profesional del médico, fecha y firmas del asegurado y médico)*	
8. Resultados de estudios de Laboratorio y/o gabinete (copias de los reportes)	
9. Facturas o recibos de honorarios timbrados en xml y pdf. (Enlistar en relación de facturas)	

La entrega de esta información es digital escaneándola a través del siguiente correo:

- Enviando correo a reembolsosalud@gsalud.com.mx

Nombre y firma del cliente
(padre, madre o tutor legal, en caso de menores de edad)

