



H. Información para reembolso		
<input type="checkbox"/> 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. 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.