

Aviso de accidente o enfermedad (Reembolso, programación de servicios y/o tratamiento médico)

Este cuestionario deberá ser llenado según aplique con información correcta, detallada, firmado por el Asegurado.

Por el hecho de proporcionar este formulario, la Compañía no queda obligada a admitir la validez de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

Este documento no será válido con tachaduras y/o enmendaduras.

Número de Póliza	Fecha
	día mes año

I. Datos del Asegurado Titular			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Código Cliente o Número de certificado
letras	año mes día homoclave*	CURP*	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
R.F.C.			
Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Concubinato	Ocupación actual	
Actividad o giro del negocio donde trabaja	¿El Asegurado desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Definir cargo	Correo electrónico (si cuenta con él)		
Domicilio Particular			
Calle		Número exterior	Número interior
Colonia			C.P.
Municipio o Delegación	Ciudad o Población	Entidad Federativa	País
		clave lada	Teléfono

II. Datos del Asegurado Afectado (en caso de ser distinto al Asegurado Titular)			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Código Cliente o Número de certificado
letras	año mes día homoclave*	Ocupación	Parentesco con el Titular
R.F.C.			
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Concubinato		
Domicilio (en caso de ser distinto al del Asegurado Titular)			
Calle		Número exterior	Número interior
Colonia			C.P.
Municipio o Delegación	Ciudad o Población	Entidad Federativa	País
		clave lada	Teléfono
Lugar donde recibió la atención			
		Estado	Municipio o Delegación

III. Datos del Contratante Persona Física (en caso de ser distinto al Asegurado Titular)			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Código Cliente o Número de certificado
letras	año mes día homoclave*	CURP*	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
R.F.C.			
Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)	Ocupación actual	Actividad o giro del negocio donde trabaja	

En caso de requerir información contáctenos: al 5227 9000 para el Distrito Federal, al 01 800 400 9000 lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx

Correo electrónico (si cuenta con él)	¿El Asegurado desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Definir cargo	Relación con el Solicitante Titular		
Contratante (en caso de existir como Persona Moral)			
Razón Social		Código Cliente (si cuenta con él)	
R.F.C.	letras	año	mes día homoclave* Giro mercantil, actividad u objeto social
Correo electrónico o página de internet (si cuenta con ella)			
Nombre del Representante Legal			
Apellido Paterno		Apellido Materno	Nombre(s)
Domicilio del Contratante (Persona Física o Moral)			
Calle		Número exterior	Número interior
Colonia		C.P.	Municipio o Delegación
Ciudad o Población	Entidad Federativa	País (si es distinto a México)	clave lada Teléfono
¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en ésta u otra compañía?		No. de reclamación	
Tipo de reclamación <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Complementaria			
Se trata de: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo		Indique diagnóstico motivo de su reclamación	
Si es accidente detállese ¿cómo y cuándo ocurrió?		Fecha del accidente o inicio del padecimiento	
		día mes año	
En caso de accidente automovilístico ¿existe seguro del (de los) automóvil(es)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la Compañía	Cobertura	Número de Póliza
Suma Asegurada (Gastos Médicos)	Anexar copia de la actuación del Ministerio Público o comprobante y/o reporte recibido de la Compañía, así como interpretación de estudios realizados.		
Hospital donde se internará	Datos de ingreso programado		día mes año
		hora	
Nombre del médico	Especialidad	¿Se encuentra en convenio con esta Compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿A través de qué medio le fué referido el médico? <input type="checkbox"/> GNP Seguros <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro			
Mediante este documento declaro que toda la información vertida en él es verdadera y está acorde con los antecedentes médicos que conozco, y me hago responsable de sus consecuencias.			

Cobertura de Enfermedades Catastróficas Nacional (CEC-Nacional) Para Pólizas Premier 300

En caso de tenerla contratada indique si desea programar la atención médica a través de esta cobertura: Sí No

IMPORTANTE:

Los padecimientos que quedan cubiertos a través de CEC-Nacional son: cáncer, enfermedades neurológicas y cerebro vasculares, enfermedades de las coronarias que requieren cirugía, trasplante de corazón, hígado, riñón, médula ósea y pulmón.

En caso de que la cobertura:

- **PROCEDA:** GNP asignará el Hospital y Médico tratante, mismos que podrían ser distintos a los que usted indica en este formato.
- **NO PROCEDA:** El trámite continuará bajo las condiciones de su cobertura básica con el Hospital y Médico Tratante que usted indica en este formato.

Datos Personales:

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP), el cual contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles. Asimismo, se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página gnp.com.mx por lo anterior:

Sí Consiento dicho tratamiento

No Consiento dicho tratamiento

En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares de datos, reconozco mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

Nombre y firma del Asegurado y/o Contratante

Nombre del agente	Clave	Teléfono	Estado

Línea GNP

5227 9000 Ciudad de México
01 800 400 9000 Sin costo Nacional