Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco
c.p. 04200, México D.F.

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.

Póliza No.	Fecha (día mes año)

I. Datos del Asegurado titular

Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s) | Código cliente o No. de certificado

R.F.C. (letras año mes día homoclave (si cuenta con ella)) | CURP (si cuenta con ella) | Sexo ☐ F ☐ M | Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)

Estado civil ☐ S ☐ C ☐ D ☐ V ☐ UL | 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? ☐ Sí ☐ No | Definir cargo: | Correo electrónico (si cuenta con él)

Domicilio particular

Calle | No. exterior | No. 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 No. de certificado

R.F.C. (letras año mes día homoclave (si cuenta con ella)) | Ocupación | Parentesco con el titular | Sexo ☐ F ☐ M | Estado civil ☐ S ☐ C ☐ D

Domicilio (en caso de ser distinto al del Asegurado titular)

Calle | No. exterior | No. 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 (si cuenta con él)

R.F.C. (letras año mes día homoclave (si cuenta con ella)) | CURP (si cuenta con ella) | Sexo ☐ F ☐ M | Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)

Ocupación actual | Actividad o giro del negocio donde trabaja | Correo electrónico (si cuenta con él)

¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años? ☐ Sí ☐ 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 | No. exterior | No. 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 ☐ Inicial ☐ Complementaria

Se trata de: ☐ Accidente ☐ Enfermedad ☐ 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)? ☐ Sí ☐ No	Nombre de la Compañía	Cobertura	Suma Asegurada (GM)	Póliza No.

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 hora día mes año

Nombre del médico | Especialidad | ¿Se encuentra en convenio con esta Compañía? ☐ Sí ☐ No

¿A través de qué medio le fue referido el médico?

☐ GNP Seguros ☐ Hospital ☐ 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 y Consentimiento:

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., 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 www.gnp.com.mx. Por lo anterior:

☐ **Si 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 disponible 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 **Distrito Federal**
01 800 400 9000 **Interior de la República**

40 20 87

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