

Condiciones Generales Seguro médico GNP personaliza Participación variable

Individual

Julio 2024

Introducción

Este contrato consta de una cobertura básica, beneficios y asistencias adicionales con costo a la cobertura básica que el contratante o asegurado titular puede contratar a su elección y que están sujetas a las condiciones y limitaciones estipuladas en este contrato de seguro.

En el apartado **1. Definiciones**, el asegurado encontrará una lista de términos que son de especial relevancia para este contrato.

Los servicios médicos que cubre este contrato contempla diversos conceptos, tales como: Honorarios médicos, gastos hospitalarios, estudios de laboratorio y gabinete, medicamentos, tratamientos médicos, ambulancia y otros con condiciones particulares, mismos que se detallan en el apartado **2.1 Gastos a cargo de GNP.**

Para cada enfermedad y/o accidente cubierto, el asegurado participará con una parte del total de los gastos procedentes, dichas participaciones se encuentran descritas en la **sección 5. Gastos a cargo del asegurado** las cuales están constituidas principalmente por los conceptos de deducible y coaseguro; Aquellos tratamientos médicos, dispositivos médicos y auxiliares mecánicos que cuenten con condiciones particulares, adicional a las participaciones de deducible y coaseguro aplicarán las participaciones descritas en el apartado **5.4 Participaciones adicionales del asegurado.**

Es importante que el asegurado consulte el apartado **9. ¿Qué hacer en caso de reclamación?** si se le presenta una enfermedad y/o accidente o en caso de requerir algún servicio de asistencia cubierto.

Listado de Coberturas

A continuación, se enlistan las coberturas incluidas en el costo de la cobertura básica que forman parte del presente contrato y aquellas que podrá contratar el asegurado y/o contratante con un costo adicional:

Apartado	Coberturas
Cobertura básica	Honorarios • Consultas médicas, tratamientos médicos y/o quirúrgicos • Servicios de enfermeras • Tratamientos de rehabilitación física • Programas de neurorrehabilitación
	Gastos hospitalarios • Hospitales, clínicas o sanatorios • Estancia hospitalaria del asegurado en terapia intensiva, intermedia y unidad de cuidados coronarios • Sala de operaciones, recuperación y curaciones • Equipo de anestesia, gases y medicamentos • Costo de cama extra para un acompañante • Medicina hiperbárica
	Estudios de laboratorio y gabinete • Análisis de laboratorio, gabinete e imagenología • Pruebas moleculares
	Medicamentos • Medicamentos y/o material de curación
	Tratamientos médicos • Transfusión de sangre, plasma, sueros y soluciones intravenosas • Trasplantes de células madre autólogos y alogénicos • Tratamientos de radioterapia y quimioterapia • Tratamientos de inhaloterapia, fisioterapia, terapia pulmonar y rehabilitación cardíaca • Tratamientos médicos para corregir el estrabismo • Tratamientos médicos de carácter reconstructivo • Tratamientos de acupuntura, homeopáticos o quiroprácticos • Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales • Lentes intraoculares monofocales • Gastos médicos derivados de la práctica no profesional de cualquier deporte
	Ambulancia • Terrestre • Aérea

Apartado	Coberturas
Cobertura básica (Continuación)	Gastos cubiertos con condiciones particulares • Tecnología robótica • Neuronavegadores, neuroestimuladores, TAVI o TAVR • Prótesis biónicas, computarizadas, electrónicas • Aparatos ortopédicos, prótesis o dispositivos médicos • Productos de terapia génica • Auxiliares mecánicos • Dispositivos médicos de seguimiento y control
Coberturas que forman parte de la Cobertura básica	Ayuda para maternidad: parto o cesárea • Cobertura de la madre asegurada • Cobertura de complicaciones del embarazo o puerperio • Cobertura de cirugía fetal • Cobertura del recién nacido • Cobertura de enfermedades congénitas y/o genéticas para nacidos fuera de la vigencia de la póliza Cobertura de cirugía profiláctica Cobertura de cirugía bariátrica Cobertura de preexistencia Cobertura de emergencias de gastos médicos mayores no cubiertos Segunda opinión médica
Asistencia que forma parte de la Cobertura básica	Membresía Médica Móvil
Beneficios adicionales con costo a la Cobertura básica	Emergencia médica en el extranjero Enfermedades catastróficas en el extranjero Cero deducible por accidente Maternidad plus personalizada Cláusula familiar Respaldo por fallecimiento Respaldo hospitalario Ampliación hospitalaria nacional Atención en el extranjero Alta tecnología y medicina de vanguardia
Asistencia adicional con costo a la Cobertura básica	GNP Cuida tu salud

Las coberturas antes mencionadas se encuentran sujetas a los términos, condiciones y exclusiones establecidos en cada uno de los apartados de las condiciones generales de este contrato de seguro. Por lo que se recomienda leer detalladamente todo el contenido de su contrato de seguro.

CONTENIDO

1. Definiciones	9
2. Cobertura básica	17
3. Beneficios adicionales con costo a la Cobertura básica	31
4. Exclusiones generales	43
5. Gastos a cargo del asegurado	47
6. Membresía Médica Móvil (sin costo adicional a la Cobertura básica)	51
7. GNP cuida tu salud (con costo adicional a la Cobertura básica)	53
8. Cláusulas generales	57
9. ¿Qué hacer en caso de reclamación?	71

1. Definiciones

Para efectos de este contrato las siguientes definiciones tendrán el significado que aquí se señala:

Acceso hospitalario. Listado de prestadores de servicios hospitalarios en convenio de pago directo con GNP que el asegurado podrá elegir libremente para la atención de su enfermedad y/o accidente cubierto. Los hospitales se clasifican de la siguiente manera:

- Amplio: Hospitales nacionales definidos para esta clasificación.
- Esencial: Hospitales nacionales definidos para esta clasificación y para los cuales será necesario que el asegurado realice el proceso de primer contacto conforme a lo descrito en la sección 2. Cobertura básica apartado 2.1.2 Gastos hospitalarios.

Los hospitales que integran la clasificación Amplio y Esencial se podrán consultar en la dirección electrónica **gnp.com.mx**, en la sección Asistencia y contacto, en el apartado de Proveedores Médicos subapartado Hospitales, mismos que forman parte integrante de este contrato o en la línea única de atención a clientes, **Línea GNP** al (55) 5227 9000.

Accidente. Un acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta que lesiona al asegurado ocasionándole daño(s) corporal(es).

Antigüedad. Es el tiempo que el asegurado ha estado cubierto de forma continua con GNP, descrito en la carátula de la póliza y certificado de cobertura por asegurado.

Año padecimiento. Periodo de 365 días que inicia a partir de la fecha de diagnóstico de la enfermedad y/o accidente procedente y cubierto para GNP.

Aparato digestivo. Es el conjunto de órganos encargados de digerir y asimilar los alimentos (boca, faringe, esófago, estómago, hígado, vías biliares, vesícula biliar, intestino delgado, intestino grueso, páncreas, recto, ano).

Aparato respiratorio. Es el conjunto de órganos que llevan a cabo el proceso de la respiración (nariz, fosas nasales, faringe, laringe, cuerdas vocales, epiglotis, tráquea, bronquios, pleura y pulmón).

Asegurado. Es la persona expuesta a cualquier enfermedad y/o accidente cubierto por esta póliza y que tiene derecho a los beneficios de la misma.

Asegurado titular. Persona determinada por el contratante que en adición a este puede declarar información de los solicitantes, solicitar modificaciones y/o ajustes a la póliza. Es el responsable del llenado de la solicitud y de declarar todo lo solicitado.

En caso de que desee nombrar como asegurado titular a un menor de edad, el representante para efectos de este contrato de seguro será el padre, la madre o el tutor.

Auxiliares mecánicos. Son aquellos aparatos, artefactos o equipos que facilitan el desplazamiento o movimiento de las personas que cursan una enfermedad y/o accidente o se encuentran en el periodo de recuperación de la salud (muletas, bastones, andaderas, camas ortopédicas, trapecio, barras, barandales, grúa ortopédica y silla de ruedas).

Beneficiario. Persona física titular de los derechos indemnizatorios.

Cáncer. Enfermedad que se caracteriza por células malignas o cancerosas de crecimiento incontrolable, que pueden invadir tejidos cercanos o esparcirse a otras partes del cuerpo a través de la circulación de la sangre o el sistema linfático.

Carátula de la póliza. Documento que contiene los datos generales de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones de las partes.

Certificado de cobertura por asegurado. Documento que forma parte de la póliza en el que se especifica para cada uno de los asegurados la relación de riesgos amparados, así como también los límites máximos de responsabilidad de GNP, deducibles y coaseguros.

Cirugía bariátrica. Aplicación de las técnicas quirúrgicas utilizadas en cirugía de la obesidad, para trastornos metabólicos en pacientes con obesidad clase II (entre 35 y 39.9 de índice de masa corporal) y clase III (40 de índice de masa corporal en adelante).

Cirugía fetal. Procedimiento quirúrgico realizado al feto dentro del útero de la madre asegurada.

Cirugía profiláctica. Cirugía para extraer un órgano o una glándula que no muestra signos de cáncer, en las personas con predisposición genética a desarrollar cáncer.

Cirugía reparadora o reconstructiva post bariátrica. Para efectos de este contrato la cirugía reparadora o reconstructiva post bariátrica es la que está dirigida a reducir el exceso de piel además de proporcionar tono, tensión y equilibrio a los relieves corporales, por la pérdida de peso masiva posterior a la cirugía bariátrica.

Coaseguro. Es el porcentaje a cargo del asegurado, el cual se encuentra estipulado en la carátula de la póliza. Dicho porcentaje, aplicará una vez descontado el deducible sobre los gastos procedentes por cada enfermedad y/o accidente cubierto en términos de las condiciones vigentes en el contrato.

Condiciones especiales de contratación. Son todas aquellas disposiciones que se refieren concretamente al o los riesgos que se aseguran en la póliza.

Condiciones generales. Es el conjunto de principios básicos que establece GNP de forma unilateral y que regula las disposiciones legales y operativas del contrato de seguro.

Contratante. Persona física o moral que interviene en la celebración del contrato, misma que para efectos de este, será la responsable del pago de la prima.

Deducible. Es la cantidad fija a cargo del asegurado, la cual se encuentra estipulada en la carátula de la póliza. Dicha cantidad, aplicará para cada enfermedad y/o accidente cubierto en términos de las condiciones vigentes en el contrato.

Una vez rebasada esta cantidad, comienza la obligación de GNP.

El deducible aplicará para cada año padecimiento transcurrido.

Dependientes económicos. Son el cónyuge o concubino(a) o descendientes en línea recta en primer grado respecto al titular de la póliza hijo(a) o hijastro(a) que estén cubiertos en la misma póliza de gastos médicos mayores.

Los descendientes en línea recta en primer grado respecto al titular de la póliza deberán ser menores a 25 años.

Deporte profesional o práctica profesional. Actividad deportiva cuya práctica genera una remuneración económica.

Deportes peligrosos. Los deportes peligrosos y/o extremos son aquellas actividades con un componente deportivo que presentan un peligro para la integridad física por las condiciones difíciles o arriesgadas en las que se practican, pone en riesgo la pérdida o incapacidad de algún órgano o extremidad e incluso pone en riesgo la vida.

Descripción del movimiento. Es una explicación de la última modificación realizada a la póliza.

Dispositivo médico. Son los equipos, instrumentos, aparatos, materiales, y otros artículos, incluyendo sus componentes, partes o accesorios, para ser usados solos o en combinación y ser aplicados en seres humanos, destinados al diagnóstico y tratamiento médico de enfermedades y/o accidentes.

Dispositivo médico de seguimiento y control de enfermedades. Dispositivo médico destinado a la aplicación reiterada de un medicamento y/o a proporcionar información para el control de enfermedades a través de medición de signos vitales y niveles bioquímicos siempre y cuando sea necesario y prescrito por el médico tratante. Por su funcionamiento pueden ser manuales o automáticos.

Eliminación o reducción de periodos de espera. Es el beneficio que otorga GNP de acuerdo al tiempo en el cual, el asegurado tuvo cobertura en esta u otra aseguradora, el cual aplica exclusivamente para eliminar o reducir los periodos de espera de algunas de las enfermedades descritas en la sección cobertura básica.

Enfermedad autoinmune. Enfermedad crónica y degenerativa, cuya característica es la afectación del propio sistema inmunológico, ocasionando daño en forma continua y progresiva a tejidos, órganos y sistemas del cuerpo humano.

Enfermedad crónica y degenerativa. Aquellas que por sus características tienen un desarrollo lento y progresivo, dictaminado por médicos con cédula profesional y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión.

Enfermedad o padecimiento. Es la alteración en la salud del asegurado, diagnosticada por un médico profesional independiente legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

Enfermedad o padecimiento mental. Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.

Contenida en la clasificación internacional de enfermedades mentales vigente DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Enfermedades o padecimientos preexistentes. Se considerará preexistente, cualquier enfermedad cuando:

- Haya sido declarada antes de la celebración del contrato, y/o;
- En un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de celebración del contrato, a través del diagnóstico de un médico legalmente autorizado, y/o;
- Haya sido diagnosticada con anterioridad a la fecha de celebración del contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
- Previamente a la fecha de celebración del contrato, el asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico de la enfermedad de que se trate.

Exoesqueleto. Estructura robótica que recubre de forma externa el cuerpo humano o una parte de él y que brinda soporte y asiste sus movimientos.

Expediente médico. Es la descripción detallada y ordenada de los datos relativos a la salud del asegurado, el cual está integrado por los formatos de aviso de accidente y/o enfermedad y el informe médico establecido por GNP. Asimismo, conformarán dicho expediente médico los documentos escritos, gráficos, imagenológicos o de cualquier otra índole, suscritos por cualquier profesional de la salud.

Extraprima. Es la cantidad adicional que el asegurado se obliga a pagar a GNP, por cubrir un riesgo agravado.

Feto. Ser vivo en gestación dentro del útero, en formación que va de la semana 8 a la 36 y con nivel de desarrollo de órganos específico.

Fractura. Pérdida de continuidad de la estructura ósea.

Gasto precedente. Suma de todos los gastos erogados por el asegurado para la atención de una enfermedad y/o accidente cubierto, los cuales cumplen con las condiciones descritas en este contrato.

Gasto UCR (Usual, Customary & Reasonable). Son los gastos procedentes en los que incurre el asegurado por la atención médica que este reciba en territorio extranjero.

Gasto UAR (Usual, Acostumbrado y Razonable). Son los gastos procedentes en los que incurre el asegurado por la atención médica que este reciba en territorio nacional, cuando no esté referido en el tabulador de honorarios médicos o en el tabulador de servicios terapéuticos y de enfermería.

GNP. Grupo Nacional Provincial, S.A.B.

Honorarios médicos. Pago que obtiene el médico profesional por los servicios proporcionados al asegurado, teniendo como límite el monto por cada procedimiento o consulta requerida para la atención de cada enfermedad y/o accidente cubierto, conforme al nivel de tabulador médico elegido por el asegurado al momento de la contratación.

Hospitalización. Es la permanencia continua del asegurado mayor a 24 horas en una clínica, hospital o sanatorio comprobable y justificada para la atención de una enfermedad y/o accidente cubierto por la póliza. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

Inicio de cobertura. Es la fecha a partir de la cual el asegurado tiene derecho a los beneficios de este contrato de seguro.

Si la póliza se cancela o no se renueva, el asegurado perderá su antigüedad. Si el asegurado decide contratar nuevamente en el futuro su póliza de gastos médicos mayores con GNP, la nueva fecha de alta será considerada como inicio de cobertura. Si se decide dar de alta algún asegurado o algún beneficio adicional con costo adicional a la cobertura básica, la fecha de alta será considerada como el inicio de cobertura.

Lugar de residencia. Estado o municipio en la cual el asegurado reside de manera habitual y permanente y la cual fue declarada en la solicitud de seguro.

Madre biológica. Mujer a quien pertenecen los óvulos que participan en el proceso de fecundación.

Maternidad subrogada. Práctica médica de reproducción asistida por el cual una mujer acepta, gestar y llevar a término el embarazo en lugar de otra persona a través de la transferencia de embriones humanos.

Medicamento. Compuesto o mezcla de compuestos orgánicos o inorgánicos cuyo origen puede ser natural o sintético y que cuenta con uno o más efectos terapéuticos demostrados sobre una enfermedad; estos efectos cesan una vez que el medicamento es eliminado del cuerpo.

Medicina alternativa y complementaria. Aquellos enfoques diferentes a la medicina convencional o científica para tratar la enfermedad y/o conservar la salud.

Mujer gestante. Mujer que gesta y lleva a término el embarazo.

Nivel de riesgo. Clasificación que realiza GNP del asegurado con base en la información que sea proporcionada por éste.

Nivel hospitalario. Es el nivel que tienen los hospitales, clínicas y sanatorios que el asegurado podrá elegir al momento de la atención del servicio médico.

Los niveles disponibles se muestran a continuación en orden y jerarquía descendente:

- A
- B
- C
- D

Los hospitales, clínicas y sanatorios y su clasificación vigente se podrán consultar en la dirección electrónica **gnp.com.mx**, mismos que forman parte integrante de este contrato o en la línea única de atención a clientes, **Línea GNP** al 55 5227 9000.

Nivel de tabulador médico. Es la opción de entre varias disponibles, elegida libremente por el asegurado al momento de la contratación y que establece los montos máximos de tabulador de honorarios médicos que GNP pagará a los médicos.

Los niveles disponibles se muestran a continuación en orden y jerarquía descendente:

- A + 100%
- A + 50%
- A
- B
- C
- D
- No amparado

Los montos de los niveles de tabuladores de honorarios médicos antes mencionados se podrán consultar en la dirección electrónica **gnp.com.mx**, mismos que forman parte integrante de este contrato o en la línea única de atención a clientes, **Línea GNP** al 55 5227 9000.

Órtesis o aparatos ortopédicos. Dispositivos, aditamentos o implementos mecánicos destinados a prevenir, tratar o corregir las deformidades o disfunciones musculoesqueléticas.

Pago directo. El pago que realiza GNP directamente a un prestador de servicios con el que ha celebrado un convenio, cuando éste haya sido elegido libremente por el asegurado para la atención médica de una enfermedad y/o accidente cubierto.

En caso de que el prestador de servicio elegido por el asegurado no tenga un convenio con GNP, se pagará vía reembolso a éste, los gastos procedentes que haya erogado a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto por la póliza y hasta el límite máximo de responsabilidad descrito en la carátula de la póliza o certificado de cobertura por asegurado.

Participación variable. Tipo de participación que el asegurado podrá elegir al momento de la contratación y en la cual determina el monto de deducible y coaseguro, que aplicará para cada enfermedad y/o accidente cubierto, de acuerdo con el nivel hospitalario de atención en términos de lo señalado en este contrato de seguro.

Periodo al descubierto. Es aquel intervalo de tiempo durante el cual se cancela este contrato. Se genera por la falta de pago de primas.

Periodo de espera. Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de cobertura de cada asegurado, a fin de que ciertas enfermedades sean cubiertas por la póliza.

Periodo de gracia. Plazo de 30 días que establece GNP, contando a partir del inicio de vigencia de la póliza, con el que dispone el contratante para efectuar el pago de la prima.

Plan. Conjunto de componentes de la póliza: suma asegurada, deducible, coaseguro, nivel de tabulador médico, acceso hospitalario, entre otros, incluyendo las condiciones especiales de contratación, que indican al asegurado los beneficios a que tiene derecho.

Politraumatismos. Múltiples lesiones graves traumáticas y/o quemaduras producidas por un mismo accidente, con graves repercusiones circulatorias, respiratorias o metabólicas que pongan en peligro la vida.

Prima. Es la contraprestación prevista en el contrato de seguro a cargo del asegurado.

Primer gasto. Es el gasto más antiguo en que el asegurado incurre para la atención de una enfermedad y/o accidente.

Productos de terapia génica. Son aquellos productos que llevan a cabo sus efectos a través de la transcripción o traducción de material genético transferido o bien, alterando específicamente las secuencias genéticas del huésped (humano).

Programa de neurorrehabilitación. Integración de distintas técnicas de rehabilitación, siendo parte del tratamiento del asegurado con lesión neurológica y trastornos motores del neurodesarrollo; para la recuperación del mejor nivel de sus funciones.

Programación de cirugías, tratamientos médicos y servicios. Beneficio que el asegurado podrá solicitar a GNP, antes de que ocurra la intervención quirúrgica, tratamiento médico con hospitalización o cirugía ambulatoria cubiertos por esta póliza.

Este beneficio consiste en la autorización del pago directo, que GNP le podrá realizar al prestador de servicio, para el pago de sus honorarios por los servicios profesionales correspondientes a la atención médica de los asegurados que presenten enfermedades y/o accidentes cubiertos por la póliza de seguro.

Prótesis. Sustitución de una parte del esqueleto o de un órgano por una pieza o implante especial, que reproduce lo que ha de sustituir. También se denomina de este modo a la pieza o implante artificial introducido en el organismo.

Prótesis auditiva. Pieza o implante especial que mejora la audición.

Pruebas moleculares. Estudio en el que se analiza una muestra de tejido para calcular el nivel de actividad de ciertos genes que afectan el comportamiento del cáncer y la probabilidad que tiene de propagarse.

Reclamación. Es el trámite que efectúa el asegurado ante GNP, para obtener los beneficios de este contrato a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto. GNP define si es o no procedente de acuerdo a las coberturas de la póliza.

Reembolso. Es la restitución que efectúa GNP al asegurado de los gastos procedentes que este haya erogado a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto conforme a lo establecido en este contrato de seguro.

Región anatómica. Subdivisión del cuerpo humano en áreas definidas que incluyen órganos, sistemas y partes del cuerpo próximas entre sí. Para efectos de este contrato, se consideran las siguientes regiones anatómicas:

Segmento Corporal	Región Anatómica
Cabeza	Cráneo Cara
Cuello	Anterior Esternocleidomastoideo Laterales Posterior
Tórax	Anterior Posterior Cavidad Torácica
Abdomen	Abdomen (Cavidad Abdominal)
Pelvis	Pelvis (Cavidad Pélvica)
Extremidad Superior	Hombro Brazo Codo Antebrazo Muñeca Mano
Extremidad inferior	Cadera Muslo Rodilla Pierna Tobillo Pie

Renovación. Emisión consecutiva del contrato por un periodo igual.

Reporte desde el hospital. Beneficio que GNP podrá otorgar al asegurado mediante el cual este podrá presentar su reclamación cuando se encuentre hospitalizado, con el objeto de que GNP pueda llevar a cabo la valoración y dictamen de los gastos erogados, notificando la procedencia o rechazo de su reclamación durante su estancia en el hospital, siempre y cuando este último tenga celebrado un convenio con GNP.

Reproducción asistida. Proceso que permite la fertilización mediante cualquier técnica que incluya la manipulación de los gametos de uno o ambos géneros, incluyendo la maternidad subrogada.

Salud. Bienestar biológico.

Suma asegurada. Es el límite máximo de responsabilidad de GNP estipulado en la carátula de la póliza.

Tabulador de honorarios médicos. Listado de procedimientos médicos y quirúrgicos en el cual se especifica el monto máximo de honorarios médicos que GNP cubrirá en territorio nacional para la atención de la enfermedad y/o accidente cubierto.

El listado antes mencionado será establecido de acuerdo al nivel de tabulador médico contratado.

Aquellos procedimientos médicos y quirúrgicos que no se encuentren enunciados en el tabulador de honorarios médicos se pagarán por similitud, esto quiere decir que se tomará el procedimiento tabulado más cercano al afectado. Si el procedimiento médico o quirúrgico considera tecnología nueva se pagará en adición el 20% del procedimiento.

Los montos de los tabuladores de honorarios médicos antes mencionados se podrán consultar en la dirección electrónica **gnp.com.mx**, mismos que forman parte integrante de este contrato o en la línea única de atención a clientes, **Línea GNP** al 55 5227 9000.

Tabulador de servicios terapéuticos y de enfermería. Listado de servicios terapéuticos y de enfermería en el cual se especifica el monto máximo que GNP cubrirá en territorio nacional al asegurado para la atención de la enfermedad y/o accidente cubierto. El listado antes mencionado será establecido de acuerdo al nivel de tabulador médico contratado.

Los montos de los tabuladores de servicios terapéuticos y de enfermería antes mencionados se podrán consultar en la dirección electrónica **gnp.com.mx**, mismos que forman parte integrante de este contrato o en la línea única de atención a clientes, **Línea GNP** al 55 5227 9000.

Tecnología robótica. Técnica en la cual un cirujano lleva a cabo la cirugía usando una consola que controla de manera remota instrumentos fijados a un robot.

Terapia génica. Es la técnica o conjunto de técnicas que tienen como objetivo el tratamiento o curación de enfermedades a través de la modificación, eliminación, reparación y/o incorporación de secuencias genéticas al genoma de células humanas, en su totalidad o en células específicas, mediante el uso de productos de terapia génica.

Territorio extranjero. Cualquier territorio que se encuentre fuera de la República Mexicana.

Territorio nacional. Cualquier territorio que se encuentre dentro de la República Mexicana.

Tratamiento médico. Conjunto de procedimientos farmacológicos, genéticos, quirúrgicos y de rehabilitación, empleados en la atención de la salud.

Tratamientos de infertilidad y/o esterilidad. Análisis completo del diagnóstico y corrección de las causas que ocasionan la infertilidad y/o esterilidad a la que se somete la pareja después de su incapacidad para lograr un embarazo espontáneo.

Urgencia o emergencia médica. Es una enfermedad o lesión imprevista, súbita y fortuita que pone en peligro la vida, un órgano o una función y exige atención médica inmediata.

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del asegurado, cesará la emergencia médica. Las indemnizaciones posteriores se pagarán conforme a lo establecido en las condiciones generales de la póliza.

Versión. Documento emitido por GNP con posterioridad a la fecha de inicio del contrato de seguro, el cual conserva el mismo número de póliza y refleja las condiciones actuales del contrato de seguro.

Viaje. Se considera que el asegurado está de viaje cuando se encuentre a más de 50 kilómetros de distancia del centro del lugar de residencia.

Vigencia. Periodo de validez del contrato.

Zona de contratación. Estado o municipio de la República Mexicana que el asegurado registró al momento de la contratación del seguro.

Zona de atención. Estado o municipio de la República Mexicana en el que el asegurado se atendió la enfermedad y/o accidente cubierto.

En el cuadro anexo, se presenta la asociación de zonas de contratación y/o atención conforme a los estados o municipios que se indiquen:

Zonas	Estados/Ciudad
Zona 1	Ciudad de México, Zona Metropolitana (que incluye a los municipios de Atizapán de Zaragoza, Naucalpan de Juárez, Tlalnepantla, Cuautitlán Izcalli, Cuautitlán, Tultitlán, Ecatepec, Coacalco, Texcoco, Cd Nezahualcóyotl, Huixquilucan, Nicolás Romero, Los Reyes la Paz, Tecámac, Chimalhuacán, Chalco e Ixtapaluca), Monterrey y Saltillo
Zona 2	Estado de México, Morelos, Oaxaca y Campeche
Zona 3	Hidalgo, Puebla, Tlaxcala, Michoacán y Jalisco
Zona 4	Mexicali, Hermosillo, Aguascalientes, San Luis Potosí, Chihuahua, Tampico, Ciudad Madero, Tabasco, Yucatán, Querétaro y Guerrero
Zona 5	Chiapas, Baja California Sur y Zacatecas
Zona 6	Nayarit, Colima, Coahuila excepto Torreón y Saltillo, Baja California Norte excepto Mexicali, Sonora y Quintana Roo
Zona 7	Guanajuato, Tamaulipas excepto Tampico y Ciudad Madero
Zona 8	Durango, Veracruz y Sinaloa
Zona 9	Torreón

2. Cobertura Básica

Objeto del contrato

El objeto de este contrato es resarcir al asegurado de los gastos médicos en que incurra, con motivo de la atención médica que reciba para el restablecimiento de su salud biológica, de acuerdo a un diagnóstico médico definitivo, dentro de los límites y condiciones que a continuación se señalan.

Lo anterior, tendrá lugar siempre y cuando los gastos hayan sido erogados y recibidos dentro del territorio nacional y la póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir la enfermedad y/o accidente.

Este contrato opera con base en el plan contratado, conformado principalmente por los conceptos: suma asegurada, deducible, coaseguro, nivel de tabulador médico, nivel hospitalario y acceso hospitalario.

2.1 Gastos a cargo de GNP

Son aquellos gastos médicos que se encuentran cubiertos, conforme a las condiciones de este contrato, los cuales deberán siempre ser prescritos por su médico tratante.

A continuación se señalan los gastos médicos que estarán cubiertos por este contrato:

2.1.1 Honorarios

- Honorarios por consultas médicas, tratamiento médico y/o quirúrgico se pagarán de acuerdo a lo siguiente:

GNP sólo pagará los honorarios de médicos independientes titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del asegurado y se pueda corroborar en el expediente clínico con la nota y firma respectiva.

El pago de los honorarios se cubrirán por territorio de la siguiente forma:

- **Territorio nacional**

Los honorarios de los médicos se cubrirán de acuerdo al nivel de tabulador médico que el asegurado y/o contratante hayan elegido al momento de la contratación, para cada procedimiento quirúrgico y/o consulta médica requerida para la atención de la enfermedad y/o accidente cubierto.

En caso de que la atención médica se brinde por un médico que tenga celebrado un convenio de pago directo con GNP, cuyo nivel de tabulador corresponda con el contratado, el asegurado no pagará diferencia por este concepto; para tal efecto deberá identificarse con el médico como asegurado de GNP. En caso de que el médico no tenga celebrado convenio, cualquier diferencia será cubierta directamente por el asegurado.

Los montos establecidos para los tabuladores de honorarios médicos para atenciones con médicos con y sin convenio con GNP, se encuentran disponibles en la página gnp.com.mx, mismos que forman parte integrante de este contrato o en la línea única de atención a clientes, **Línea GNP** al 55 5227 9000.

- **Territorio extranjero**

De acuerdo al gasto UCR (Usual, Customary & Reasonable) en caso de tener contratado algún Beneficio adicional con costo a la Cobertura básica que cuente con cobertura en territorio extranjero.

Las consultas médicas postoperatorias en los siguientes 15 días naturales a la intervención se incluirán dentro de los honorarios médicos por intervención quirúrgica.

Si se trata de consulta hospitalaria, terapia intensiva o terapia intermedia, la compañía sólo pagará una visita por día por especialista sujeto al nivel de tabulador de honorarios médicos contratado, para territorio nacional y en caso de tener contratado algún Beneficio adicional con costo a la Cobertura básica que cuente con cobertura en territorio extranjero, estará sujeto al gasto UCR (Usual, Customary & Reasonable); independientemente de las complicaciones que pudiera haber.

- Servicio de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión, cuando éste sea médicamente necesario y únicamente para los siguientes servicios: administración de medicamentos que requieren manejo, preparación y/o administración especializados, manejo de accesos vasculares, sondas y/o drenajes, nutrición parenteral, estomas, heridas y aspiración de secreciones.

El periodo máximo de cobertura será de 30 días o 720 horas por enfermedad y/o accidente cubierto, con sesiones mínimas de 8 horas, lo que suceda primero. Este periodo aplica por una sola ocasión durante toda la atención médica que requiera el asegurado por la enfermedad y/o accidente cubierto.

El pago de honorarios estará sujeto al tabulador de servicios terapéuticos y de enfermería de acuerdo al nivel de tabulador médico contratado para territorio nacional y en caso de tener contratado algún Beneficio adicional con costo a la Cobertura básica que cuente con cobertura en territorio extranjero, se aplicará el gasto UCR (Usual, Customary & Reasonable).

- Tratamientos de rehabilitación física; cuando el asegurado lo requiera a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto, y se realicen en centros especializados o a domicilio. El pago estará sujeto al tabulador de servicios terapéuticos y de enfermería de acuerdo al nivel de tabulador médico contratado para territorio nacional y en caso de tener contratado algún Beneficio adicional con costo a la Cobertura básica que cuente con cobertura en territorio extranjero, se aplicará el gasto UCR (Usual, Customary & Reasonable).

Únicamente se pagará una sesión por día, independientemente del tipo de terapia y número de especialistas que la proporcionen.

- Programas de neurorrehabilitación cuando el asegurado lo requiera a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto, para las siguientes terapias: física, ocupacional, de lenguaje, deglución, pulmonar, neuropsicológica, acuática u otras técnicas que no se encuentren expresamente excluidas.

Esta cobertura tiene como límite máximo 900 sesiones, para lo cual, se entenderá que una sesión corresponde a cada tipo de terapia recibida. Por lo que sí, en un mismo momento se reciben varios tipos de terapia, se entenderá una sesión por cada una de ellas.

En caso de hospitalización, el límite máximo que aplicará será de 50 sesiones durante la estancia del asegurado, consideradas como parte del límite máximo de sesiones otorgadas por esta cobertura.

El pago estará sujeto al tabulador de servicios terapéuticos y de enfermería de acuerdo al nivel de tabulador médico contratado para territorio nacional y en caso de tener contratado algún Beneficio adicional con costo a la Cobertura básica que cuente con cobertura en territorio extranjero, se aplicará el gasto UCR (Usual, Customary & Reasonable).

Para la procedencia de esta cobertura se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Valoración inicial por un médico especialista en neurorrehabilitación y/o rehabilitación.
- Plan de tratamiento y pronóstico que describa las distintas terapias involucradas y que éstas se encuentren cubiertas.

Para que GNP pague el costo del programa de neurorrehabilitación, el asegurado deberá informar previamente a GNP bajo el esquema de programación de cirugías, tratamientos médicos y servicios con 10 días hábiles de anticipación a la realización. GNP confirmará por escrito al asegurado las opciones disponibles para que elija la que mejor le convenga. En caso de resultar procedente su aplicación, GNP realizará el pago directo al prestador de servicios y le indicará al asegurado el procedimiento a seguir.

2.1.2 Gastos hospitalarios

- Hospital, clínica o sanatorio, conforme a la modalidad de acceso hospitalario contratado, en el cual se lleve a cabo el tratamiento médico necesario, relacionado con las enfermedades cubiertas por este contrato de seguro. Comprenden el costo de una habitación estándar, alimentos para el asegurado y paquete de admisión, así como, los servicios que se enlistan a continuación:
- Estancia del asegurado en terapia intensiva, intermedia y unidad de cuidados coronarios.
- Sala de operaciones, recuperación y curaciones.
- Equipo de anestesia, gases y medicamentos requeridos por el médico anesthesiólogo.
- Costo de cama extra, dentro de la misma habitación del asegurado, para un acompañante durante el tiempo que el asegurado permanezca hospitalizado.
- Medicina hiperbárica bajo supervisión médica únicamente para las siguientes enfermedades: actinomicosis, embolismo gaseoso, enfermedades por descompresión aguda, gangrena gaseosa, heridas en pacientes diabéticos, injertos de piel, intoxicación por cianuro, intoxicación por monóxido de carbono, isquemia traumática aguda, osteomielitis crónica refractaria, osteoradionecrosis, quemaduras, radionecrosis de tejidos blandos, síndrome compartimental, úlceras de Meleney y úlceras agudas por insuficiencia arterial.

Si el Asegurado tuviese contratado el acceso hospitalario con modalidad esencial y requiere atención médica de una enfermedad, será necesario como primer paso que se ponga en contacto, a través de la **Línea GNP** al número telefónico 55 5227 9000 o, con el proveedor Médica Móvil al número telefónico 55 5482 3710, así como a través de la **App Soy Cliente GNP**, para que ahí se le oriente respecto al tipo de servicio que el asegurado requiera, y éste reciba la información médico hospitalaria asociada a su póliza y el funcionamiento de la misma. De no realizar este primer contacto con el proveedor Médica Móvil, y de resultar que la enfermedad esté cubierta, se aplicarán, adicional al deducible y coaseguro, las condiciones descritas en el apartado Participaciones adicionales del asegurado, de la sección Gastos a cargo del asegurado.

Si el asegurado tuviese contratado el acceso hospitalario con modalidad amplio y éste decide atenderse en un hospital de modalidad esencial, en caso de que la enfermedad esté cubierta, tendrá un beneficio en su coaseguro, dicho beneficio se encuentra descrito en la sección Gastos a cargo del asegurado.

Cuando el asegurado reciba atención en hospitales, clínicas o sanatorios en territorio nacional, que no se encuentren en convenio de pago directo y/o que se encuentren en una zona diferente a la zona de contratación, y/o que no pertenezcan al acceso hospitalario contratado, si la enfermedad está cubierta, se aplicarán las condiciones descritas en el apartado Participaciones adicionales del asegurado, en la sección Gastos a cargo del asegurado.

2.1.3 Estudios de laboratorio y gabinete

- Análisis de laboratorio, gabinete e imagenología que comprenden estudios desde la biometría hemática o estudios de rayos X, electrocardiogramas, electroencefalogramas, hasta la utilización de estudios de punta como la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética o los estudios con isótopos radiactivos y cualquier otro estudio necesario que haya sido utilizado para el diagnóstico, tratamiento médico o seguimiento de una enfermedad y/o accidente cubierto.
- Pruebas moleculares: MammaPrint, Oncotype DX y FoundationOne CDx siempre que sean médicamente necesarias y prescritas como parte del tratamiento de una enfermedad oncológica cubierta.

2.1.4 Medicamentos

- Medicamentos y/o material de curación adquiridos dentro o fuera del hospital, clínica o sanatorio, cuando estos se encuentren relacionados con la enfermedad y/o accidente cubierto y estén autorizados por las autoridades sanitarias para su venta en territorio nacional y por las autoridades correspondientes en el extranjero.

En caso de requerir algún medicamento para su uso relacionado con terapia génica éste se indemnizará conforme a lo estipulado en el apartado Gastos cubiertos con condiciones particulares para productos de terapia génica.

Para el reembolso se deberá presentar la factura a nombre del asegurado o del asegurado titular de la póliza y las recetas correspondientes, en las cuales el médico tratante deberá indicar la duración del tratamiento médico y la cantidad del medicamento y/o material de curación.

2.1.5 Tratamientos médicos

- Transfusión de sangre, plasma, sueros y soluciones intravenosas indispensables para el tratamiento médico de una enfermedad y/o accidente cubierto y que hayan sido utilizadas y señaladas en la factura correspondiente.
- Trasplante autólogo y alogénico de células madre obtenidas de la médula ósea adulta y/o cordón umbilical únicamente para las siguientes enfermedades: leucemia mieloide aguda, leucemia linfoblástica aguda, leucemia mieloide crónica, leucemia mieloblástica aguda, leucemia mielomonocítica juvenil, linfoma no Hodgkin de alto grado, enfermedad de Hodgkin, mieloma múltiple y anemia aplásica.
- Tratamientos de radioterapia y quimioterapia que se encuentran especificados en las guías terapéuticas de práctica clínica en oncología, por sus siglas en inglés NCCN (National Comprehensive Cancer Network) para tratar el tipo y grado de cáncer que presente el asegurado.
- Tratamientos de inhaloterapia, fisioterapia, terapia pulmonar y rehabilitación cardíaca.
- Tratamientos médicos para corregir el estrabismo de los asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando la madre asegurada haya cumplido con el periodo de espera de 10 meses en la póliza a la fecha del nacimiento del asegurado.
- Tratamientos médicos de carácter reconstructivo (no estético) que sean indispensables a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto por esta póliza.

- Tratamientos de acupuntura, homeopáticos o quiroprácticos que formen parte del tratamiento médico de una enfermedad y/o accidente cubierto por esta póliza y que sean proporcionados por personas con cédula profesional y/o certificación que los acredite como médicos autorizados para realizar dichos tratamientos.
- Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales, que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, siempre y cuando la atención médica del accidente se reciba dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha de la ocurrencia del mismo y se corrobore a través de radiografías los daños sufridos por el accidente.
- Únicamente los servicios extrahospitalarios que a continuación se mencionan: programación de tratamientos que incluyen medicamentos especializados, rehabilitación pulmonar, alimentación parenteral, todo ello mediante la prescripción médica.
- Lentes intraoculares para el tratamiento de cataratas. Únicamente estarán cubiertos los lentes intraoculares monofocales.
- Gastos médicos derivados de la práctica no profesional de cualquier deporte, incluyendo deportes peligrosos, **salvo lo expresamente excluido en el certificado de cobertura por asegurado.**

2.1.6 Ambulancia

- Ambulancia de traslado terrestre (independiente del servicio de Médica Móvil), dentro de la localidad donde se atiende la enfermedad y/o accidente cubierto y como consecuencia del siguiente evento:

Para traslados al hospital y del hospital al domicilio, siempre y cuando sean médicamente necesarios, sin límite de eventos.

- Ambulancia aérea en caso de urgencia médica. GNP cubrirá el importe de los gastos erogados por la contratación de este servicio en territorio nacional, siempre y cuando éste se requiera como consecuencia de una urgencia médica de una enfermedad y/o accidente cubierto, de acuerdo a las condiciones de la póliza y cuando no se cuente con los recursos médicos ni hospitalarios para su atención en el lugar donde se presentó la urgencia médica y sea necesario médicamente por las condiciones del paciente.

Si el asegurado coordina este servicio a través de Médica Móvil, podrá operar el sistema de pago directo y en caso de optar por otra empresa, los gastos se cubrirán vía reembolso.

En ambos casos, adicional al deducible y coaseguro de la cobertura básica, se aplicarán las condiciones descritas en el apartado Participaciones adicionales del asegurado de la sección Gastos a cargo del asegurado.

GNP cubrirá la indemnización en los términos anteriores sin límite de eventos.

2.1.7 Gastos cubiertos con condiciones particulares

Los tratamientos médicos, dispositivos médicos y auxiliares mecánicos que a continuación se especifican se cubrirán siempre y cuando el asegurado los requiera a causa de una enfermedad y/o accidente cubierto por esta póliza y operarán con condiciones particulares, mismas que a continuación se detallan:

- El asegurado tendrá una participación adicional al deducible y coaseguro contratado, la cual se encuentra descrita en el apartado Participaciones adicionales del asegurado de la sección Gastos a cargo del asegurado, cuando haga uso de los siguientes servicios:
 - Tecnología robótica
 - Neuronavegadores, neuroestimuladores y/o implantes de la válvula aórtica transcatóter, por sus siglas en inglés (TAVI o TAVR)
 - Compra de prótesis biónicas, computarizadas, electrónicas y aquellas que en su construcción utiliza materiales de titanio, fibra de carbono, con sistemas hidráulicos e hidroneumáticos
- El asegurado tendrá una participación adicional al deducible y coaseguro contratado, la cual se encuentra descrita en el apartado Participaciones adicionales del asegurado de la sección Gastos a cargo del asegurado, en caso de que el monto procedente por la compra o renta de los servicios a continuación descritos exceda el monto indicado en el certificado de cobertura por asegurado:
 - Aparatos ortopédicos, prótesis o dispositivos médicos diferentes a los mencionados en los puntos anteriores.
 - Productos de terapia génica, los cuales deberán de cumplir con lo siguiente:
 - Estar prescritos por un médico especialista en medicina genómica.
 - Tener relación con la enfermedad cubierta por esta póliza.
 - Estar autorizados por las autoridades sanitarias para su venta en territorio nacional y en caso de tener contratado algún Beneficio adicional con costo a la Cobertura básica que cuente con cobertura en territorio extranjero, por las autoridades correspondientes en el extranjero.
 - Cumplir con los criterios correspondientes para su utilización.

Para la procedencia del pago de productos de terapia génica, el asegurado deberá informar previamente a GNP bajo el esquema de programación de cirugías, tratamientos médicos y servicios por lo menos 10 días hábiles antes de la compra. GNP realizará el pago directo al proveedor de servicios y le indicará al asegurado el procedimiento a seguir.

- El asegurado tendrá cubierta la compra de un dispositivo médico de seguimiento y control de enfermedades por cada enfermedad cubierta en esta póliza; Dicho dispositivo médico de seguimiento y control de enfermedades deberá de tener un funcionamiento manual y éste debe ser para uso personal y/o ambulatorio.
- El asegurado tendrá cubierta la compra o renta de auxiliares mecánicos que se requieran a causa de una enfermedad y/o accidente cubierto por esta póliza, de acuerdo al gasto UAR (Usual, Acostumbrado y Razonable) para territorio nacional y en caso de tener contratado algún Beneficio adicional con costo a la Cobertura básica que cuente con cobertura en territorio extranjero, se aplicará el gasto UCR (Usual, Customary & Reasonable).

El pago de la compra o renta de los auxiliares mecánicos estará sujeto a decisión, programación y coordinación por parte de GNP.

Aquellos auxiliares mecánicos electrónicos y/o computarizados tendrán como límite máximo el monto indicado en el certificado de cobertura por asegurado.

El mantenimiento de estos auxiliares mecánicos estará a cargo del asegurado y no serán reemplazables.

2.2 Enfermedades y tratamientos con periodo de espera

- a) El asegurado deberá cumplir con al menos 48 meses de cobertura continua en la póliza para cubrir la siguiente enfermedad y sus complicaciones:

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados antes o durante este periodo. **Durante este mismo periodo, no se cubrirán los gastos de diagnóstico para detectar el virus.**

- b) El asegurado deberá cumplir con al menos 24 meses de cobertura continua en la póliza para cubrir circuncisión y sus complicaciones.

No aplica el beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera para las enfermedades mencionadas en los incisos a) y b).

- c) En las enfermedades a continuación mencionadas, el asegurado deberá cumplir con al menos 24 meses de cobertura continua en la póliza: de la rodilla, hombro, columna vertebral, ácido-pépticos, nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias de cualquier tipo, tumoraciones mamarias (benignas y/o malignas), anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia del piso perineal, de la vesícula y vías biliares, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias. Excepto en urgencias médicas y/o accidentes. Estas enfermedades no quedarán cubiertas si son preexistentes.

Para nariz y senos paranasales, en caso de urgencia médica y/o accidente dentro de los primeros 24 meses siguientes a la fecha de antigüedad con GNP, se aplicará el coaseguro especificado en la sección Gastos a cargo del asegurado.

Para las enfermedades de rodilla, hombro y columna vertebral, sólo se considerarán accidentes cuando exista pérdida de continuidad de la estructura ósea (fractura) o politraumatismos.

- d) El asegurado deberá cumplir con al menos 24 meses de cobertura continua en la póliza para los cánceres: ginecológicos, prostáticos, mamarios, de amígdalas y vesícula biliar. Para el resto de los cánceres el asegurado deberá cumplir con al menos 12 meses de cobertura continua en la póliza.
- e) El asegurado deberá cumplir con al menos 6 meses de cobertura continua en la póliza para cubrir trasplante de los siguientes órganos: riñón, hígado, corazón y trasplante de células madre a consecuencia de una enfermedad cubierta.

El beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera solo aplica para las enfermedades y trasplantes del inciso c) al e) mencionados anteriormente.

2.3 Coberturas que forman parte de la cobertura básica

2.3.1 Ayuda para maternidad: parto o cesárea

2.3.1.1 Cobertura de la madre asegurada

Mediante esta cobertura, GNP pagará el monto indicado en el apartado de condiciones especiales de contratación especificadas en el certificado de cobertura por asegurado, con motivo del parto normal o cesárea, sin aplicar deducible y coaseguro.

Dicho monto será el menor entre el vigente 10 meses antes de la fecha del nacimiento y el vigente al momento del nacimiento.

Para la procedencia de esta cobertura es requisito indispensable que la asegurada cumpla con al menos 10 meses de cobertura continua en la póliza con GNP a la fecha de nacimiento y que ésta se encuentre descrita con una suma asegurada en el certificado de cobertura por asegurado, de lo contrario GNP quedará liberada de responsabilidad.

El beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera no aplica para esta cobertura.

Exclusiones

Esta cobertura no cubre:

- **Aborto.**
- **Maternidad subrogada, sea la madre biológica y/o mujer gestante.**

Adicionalmente a las exclusiones particulares de esta cobertura, aplicarán:

- **Las exclusiones del apartado denominado: “Exclusiones Generales” y;**
- **Las exclusiones señaladas para los Beneficios adicionales con costo a la Cobertura básica, en caso de que estos hayan sido contratados por el asegurado.**

2.3.1.2 Cobertura de complicaciones del embarazo o puerperio

Esta cobertura cubre los gastos médicos en los que incurra la madre asegurada por la atención médica que reciba por concepto de complicaciones del embarazo o puerperio, cuando exista un diagnóstico médico definitivo de las siguientes complicaciones:

- Embarazo extrauterino.
- Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.
- Mola hidatiforme (embarazo molar).
- Sepsis puerperal (fiebre puerperal).
- Atonía Uterina.
- Placenta previa.
- Placenta acreta.
- Óbito.
- Diabetes gestacional.
- Púrpura trombocitopénica.
- Enfermedad o condición médica ginecoobstétrica que requiera manejo de cerclaje.
- Huevo muerto retenido.

Esta cobertura aplicará, siempre y cuando la asegurada cumpla con al menos 10 meses de cobertura continua en la póliza con GNP al momento de la complicación.

El beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera no aplica para esta cobertura.

Las condiciones para el pago de estas complicaciones se establecerán de acuerdo a la Cobertura básica del contrato vigente al momento de la reclamación.

Exclusiones

Esta cobertura no cubre:

- **Aborto.**

- **Complicaciones del embarazo o puerperio que no se encuentren descritas en esta cobertura.**
- **Complicaciones y/o gastos de la madre biológica y de la mujer gestante, cuando exista evidencia de una maternidad subrogada. Para este inciso, en caso de urgencia médica aplican los términos de la Cobertura de emergencias de gastos médicos mayores no cubiertos.**

Adicionalmente a las exclusiones particulares de esta cobertura, aplicarán:

- **Las exclusiones del apartado denominado: “Exclusiones Generales” y;**
- **Las exclusiones señaladas para los Beneficios adicionales con costo a la cobertura básica, en caso de que estos hayan sido contratados por el asegurado.**

2.3.1.3 Cobertura de cirugía fetal

Esta cobertura cubre los gastos médicos en los que incurra la madre asegurada por la atención médica que reciba por concepto de cirugía fetal, hasta el alta hospitalaria, cuando exista un diagnóstico médico definitivo con la finalidad de corregir las siguientes enfermedades:

- Malformación adenomatoidea quística.
- Secuestro broncopulmonar.
- Mielomeningocele.
- Hidrotórax.
- Obstrucción urinaria fetal.
- Hernia diafragmática.
- Atresia u obstrucción de la laringe, tráquea o bronquial.

Esta cobertura aplicará, siempre y cuando la asegurada cumpla, con todos los siguientes requisitos:

- Tener al menos 10 meses de cobertura continua en la póliza con GNP a la fecha probable de parto. Para esta cobertura no aplica el beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera.
- Comprobación de que la madre asegurada asistió mensualmente a consultas prenatales a partir de la octava semana de gestación con ultrasonido obstétrico.
- Proporcione el informe médico que confirme el diagnóstico médico definitivo, emitido por un médico certificado en cirugía fetal.

Para la procedencia de esta cobertura, se deberá informar previamente a GNP bajo el esquema de programación de cirugía, tratamientos médicos y servicios, al menos 10 días hábiles antes de la cirugía. En caso de resultar procedente su aplicación, GNP dará a conocer por escrito el proceso a seguir y las opciones médico hospitalarias disponibles, para que la asegurada elija la que mejor le convenga para la realización del procedimiento.

Las condiciones para el pago de esta cobertura se establecerán de acuerdo a la Cobertura básica del contrato vigente al momento de la reclamación.

Para esta cobertura no aplica tope de coaseguro.

Exclusiones

Esta cobertura no cubre:

- **Enfermedades originadas en el feto por el consumo de alcohol, drogas y/o tabaco de la madre asegurada.**

- **Maternidad subrogada, sea madre biológica y/o mujer gestante.**
- **Enfermedades o complicaciones que presente el feto originadas por enfermedades excluidas en la Cobertura básica y Cobertura de la madre asegurada.**
- **Cualquier otra enfermedad diferente a los señalados en esta cobertura.**

Adicionalmente a las exclusiones particulares de esta cobertura, aplicarán:

- **Las exclusiones del apartado denominado: “Exclusiones Generales” y;**
- **Las exclusiones señaladas para los Beneficios adicionales con costo a la Cobertura básica, en caso de que estos hayan sido contratados por el asegurado.**

2.3.1.4 Cobertura del recién nacido

Aquellos menores cuya gestación y nacimiento sean de la madre asegurada durante la vigencia de la póliza, quedarán asegurados sin cobro de prima desde su nacimiento y hasta la renovación en la nueva versión de la póliza sin aplicación de selección médica, cubriéndoles las enfermedades congénitas y/o genéticas, prematuridad y/o complicaciones que se presenten a partir de la fecha de su nacimiento.

Esta cobertura aplicará, siempre y cuando la madre asegurada cumpla con al menos 10 meses de cobertura continua en la póliza con GNP al momento del nacimiento. El beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera no aplica para la Cobertura de la madre asegurada.

Para tal fin, el asegurado titular y/o contratante deberá notificar por escrito a GNP el nacimiento durante la vigencia del contrato a más tardar en la siguiente renovación.

Las condiciones para el pago de la Cobertura de enfermedades congénitas y/o genéticas, se establecerán de acuerdo a la Cobertura básica del contrato vigente 10 meses antes del nacimiento.

El beneficio de eliminación de periodos de espera aplica para el recién nacido que cumpla con lo anterior, **excepto para SIDA, circuncisión y sus complicaciones.**

Exclusiones:

Esta cobertura no cubre:

- **Enfermedades congénitas y/o genéticas, enfermedades y/o complicaciones de recién nacidos prematuros, originados por el consumo de alcohol, drogas y/o tabaco de la madre asegurada.**
- **Enfermedades o complicaciones que presente el recién nacido originado por otra enfermedad excluida en la Cobertura de la madre asegurada.**
- **Gastos y/o enfermedades de recién nacidos relacionados y/o derivados de un tratamiento de maternidad subrogada.**

Adicionalmente a las exclusiones particulares de esta cobertura, aplicarán:

- **Las exclusiones del apartado denominado: “Exclusiones Generales” y;**
- **Las exclusiones señaladas para los Beneficios adicionales con costo a la Cobertura básica, en caso de que estos hayan sido contratados por el asegurado.**

2.3.1.5 Cobertura de enfermedades congénitas y/o genéticas para nacidos fuera de la vigencia de la póliza

Esta cobertura cubre los gastos originados por las enfermedades congénitas y/o genéticas que presenten asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza o aquellos que nazcan durante la vigencia de la póliza y que la madre no cumpla con al menos 10 meses de cobertura continua en la póliza con GNP al momento del nacimiento y que cumplan con todos los siguientes requisitos:

- Tener al menos 6 meses de cobertura continua en la póliza con GNP. Para esta cobertura no aplica el beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera.
- Se haya manifestado por primera vez y se haya diagnosticado al asegurado la enfermedad congénita y/o genética después de los 5 años de edad.
- No se haya diagnosticado ni se haya realizado tratamiento médico a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza.
- No se hayan erogado gastos por dichas enfermedades a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza.
- Haya pasado desapercibida la enfermedad por el asegurado a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza, de lo contrario se considerará preexistente.

Las condiciones para el pago de esta cobertura se establecerán de acuerdo a la Cobertura básica del contrato vigente al momento de la reclamación.

2.3.2 Cobertura de cirugía profiláctica

Esta cobertura cubre los gastos médicos en los que incurra la asegurada por la atención médica que reciba por concepto de cirugía profiláctica para ovario y/o mama, por medio de una salpingooforectomía o mastectomía, siempre y cuando el órgano contralateral haya tenido un diagnóstico médico definitivo de cáncer y éste sea cubierto en la póliza con GNP.

Cuando la cirugía profiláctica se realice en la misma intervención quirúrgica en el órgano contralateral al que se diagnosticó con cáncer, no aplicará deducible y coaseguro para esta cobertura.

Si la cirugía profiláctica se realiza en otro momento, deberá operar bajo el esquema de programación de cirugías, tratamientos médicos y servicios, aplicando el deducible y coaseguro contratado en la Cobertura básica.

Exclusiones

Esta cobertura no cubre:

- **Tratamientos médicos o quirúrgicos de reconstrucción del seno (mama) derivada de una mastectomía de la cirugía profiláctica.**

Adicionalmente a las exclusiones particulares de esta cobertura, aplicarán:

- **Las exclusiones del apartado denominado: “Exclusiones Generales” y;**
- **Las exclusiones señaladas para los Beneficios adicionales con costo a la Cobertura básica, en caso de que estos hayan sido contratados por el asegurado.**

2.3.3 Cobertura de cirugía bariátrica

Esta cobertura cubre los gastos médicos en los que incurra el asegurado por la atención médica que reciba por concepto de cirugía bariátrica únicamente para los procedimientos de bypass gástrico y manga gástrica, siempre y cuando cumplan con todos los siguientes requisitos:

- Tener al menos 24 meses de cobertura continua en la póliza con GNP. Para esta cobertura no aplica el beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera.
- Un índice de masa corporal mayor a 35 y menor a 50.
- Un diagnóstico médico definitivo de diabetes mellitus y/o hipertensión arterial mayor a 3 años.
- Al menos 18 años de edad y menos de 70 años de edad.

Una vez realizada la cirugía bariátrica, quedarán cubiertos hasta por un máximo de 6 meses los honorarios médicos derivados de la atención de un grupo médico interdisciplinario que deberá estar conformado por: médico subespecialista en cirugía bariátrica o metabólica, internista, endocrinólogo, psiquiatra o licenciado en psicología y licenciado en nutrición.

Para la procedencia de esta cobertura, se deberá informar previamente a GNP bajo el esquema de programación de cirugía, tratamientos médicos y servicios, al menos 10 días hábiles antes de la cirugía. En caso de resultar procedente su aplicación, GNP dará a conocer por escrito el proceso a seguir y las opciones médico hospitalarias disponibles, para que el asegurado elija la que mejor le convenga para la realización del procedimiento.

Las condiciones para el pago de esta cobertura se establecerán de acuerdo a la Cobertura básica del contrato vigente al momento de la reclamación, incluyendo urgencia médica derivada de esta cobertura.

Exclusiones

Esta cobertura no cubre:

- **Cirugía reparadora o reconstructiva post bariátrica.**
- **Cualquier enfermedad, complicación y/o secuelas derivadas de cirugías bariátricas anteriores a la contratación de la póliza.**

Adicionalmente a las exclusiones particulares de esta cobertura, aplicarán:

- **Las exclusiones del apartado denominado: “Exclusiones Generales” y;**
- **Las exclusiones señaladas para los Beneficios adicionales con costo a la Cobertura básica, en caso de que estos hayan sido contratados por el asegurado.**

2.3.4 Cobertura de preexistencia

Esta cobertura cubre los gastos derivados de enfermedades preexistentes a la contratación de la póliza, bajo los siguientes casos:

- a) Por las enfermedades declaradas que no hayan erogado gastos y no hayan recibido algún tratamiento médico durante un periodo de 6 meses continuos e ininterrumpidos de vigencia en la póliza con GNP, dependiendo del tipo de enfermedad que se trate, siempre y cuando éstas se encuentren amparadas en las condiciones especiales de contratación especificadas en el certificado de cobertura por asegurado. Para este caso, se aplicarán las condiciones contratadas dentro de la Cobertura básica.

- b) Por las enfermedades declaradas que no hayan erogado gastos y no hayan recibido algún tratamiento médico durante un periodo de 2 años continuos e ininterrumpidos de vigencia en la póliza con GNP, dependiendo del tipo de enfermedad que se trate, siempre y cuando éstas se encuentren amparadas en las condiciones especiales de contratación especificadas en el certificado de cobertura por asegurado. Para este caso, se aplicarán las condiciones contratadas dentro de la Cobertura básica.

Una vez transcurrido el periodo citado, se le otorgará al asegurado la cobertura de las enfermedades preexistentes.

- c) Aquellas enfermedades preexistentes que no hayan erogado gastos y no hayan recibido algún tratamiento médico durante un periodo de 5 años continuos de vigencia en la póliza, para este caso, se aplicarán las condiciones contratadas dentro de la cobertura básica hasta la suma asegurada indicada en el certificado de cobertura por asegurado en la sección Condiciones especiales para esta cobertura.

Exclusiones

Esta cobertura no cubre:

- **Gastos realizados fuera del territorio nacional.**
- **Gastos derivados de alguna enfermedad crónica y degenerativa, enfermedad autoinmune y cáncer.**
- **Aquellos gastos derivados de enfermedades preexistentes no incluidos en los puntos “a”, “b” y “c” o expresamente excluidos en el certificado de cobertura por asegurado.**
- **Cualquier enfermedad que haya generado gastos o haya recibido tratamiento durante los periodos especificados en los puntos arriba mencionados.**

Adicionalmente a las exclusiones particulares de esta cobertura, aplicarán:

- **Las exclusiones del apartado denominado: “Exclusiones Generales” y;**
- **Las exclusiones señaladas para los Beneficios adicionales con costo a la Cobertura básica, en caso de que estos hayan sido contratados por el asegurado.**

2.3.5 Cobertura de emergencias de gastos médicos mayores no cubiertos

Esta cobertura cubre en territorio nacional los gastos originados de cualquier urgencia médica por la complicación de los tratamientos y/o estudios de prevención de los siguientes conceptos, hasta la recuperación de la salud del asegurado, hasta que se agote la suma asegurada o al término de la urgencia médica, lo que ocurra primero:

- a) Tratamientos estéticos y/o de calvicie.
- b) Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por obesidad, anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.
- c) Tratamientos de infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual o disfunción eréctil.
- d) Tratamientos de maternidad subrogada, cuando la mujer gestante sea la asegurada.
- e) Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales.
- f) Estudios de prevención: exámenes médicos o estudios de cualquier tipo para comprobar el estado de salud o check ups.
- g) Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura, cuando sean proporcionados por personas sin cédula profesional que los acredite como médicos legalmente autorizados para realizar dichos tratamientos.

En caso de no existir urgencia médica, prevalecen las condiciones de la Cobertura básica, mismas que los excluye, salvo lo mencionado en el apartado Cobertura de cirugía bariátrica.

Para hacer válida esta cobertura se deberá cumplir con los periodos de espera establecidos para las enfermedades que lo requieran.

Para esta cobertura aplica deducible y coaseguro contratado en la Cobertura básica. La suma asegurada que aplicará para esta cobertura, será la indicada en la carátula de la póliza.

Los gastos procedentes para efectos de esta cobertura, se determinarán descontando al total de los gastos erogados por el asegurado, el costo determinado por GNP para el(los) tratamiento(s) médico(s) efectuado(s) de acuerdo al plan contratado. Del mismo modo, se descontarán los gastos originados por conceptos que normalmente no están cubiertos por esta póliza.

Cuando el asegurado tenga contratado algún Beneficio adicional con costo a la Cobertura básica que cuente con cobertura en territorio extranjero y reciba la atención médica en este territorio, GNP pagará el equivalente a la suma asegurada correspondiente, en la moneda del país en que el asegurado haya recibido la atención médica, de acuerdo al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a la fecha en la que el asegurado haya recibido los servicios médicos.

Exclusiones

Esta cobertura no cubre:

- **De los conceptos descritos en los incisos “a” al “g”, aquellos que sean preexistentes a la contratación de esta póliza.**
- **Exclusiones a la Cobertura básica que no correspondan a lo descrito en los incisos “a” al “g” citados.**

Adicionalmente a las exclusiones particulares de esta cobertura, aplicarán:

- **Las exclusiones del apartado denominado: “Exclusiones Generales” y;**
- **Las exclusiones señaladas para los Beneficios adicionales con costo a la Cobertura básica, en caso de que estos hayan sido contratados por el asegurado.**

2.3.6 Segunda opinión médica

Mediante este beneficio, en caso de que el asegurado presente una enfermedad y/o accidente cubierto por la póliza, queda cubierta sin costo para el asegurado, la segunda y/o tercera opinión médica que éste solicite, previa autorización de GNP, a cualquiera de los médicos especialistas que podrá elegir libremente en la página **gnp.com.mx** para que se analice nuevamente la información de su historia clínica.

En caso de que el médico especialista de la segunda y/o tercera opinión médica solicite pruebas adicionales y/o exploración física al asegurado con la finalidad de emitir su opinión, estas serán cubiertas por GNP.

En caso de que la segunda opinión médica fuera contraria a la opinión inicial, el asegurado podrá solicitar una tercera opinión.

Las opiniones solicitadas serán de carácter informativo.

Esta cobertura opera sin la aplicación de deducible ni coaseguro.

3. Beneficios adicionales con costo a la cobertura básica

3.1 Emergencia Médica en el Extranjero

Cobertura

En caso de estar descrita como amparada en el certificado de cobertura por asegurado y si a consecuencia de una urgencia médica, el asegurado requiere someterse a un tratamiento médico, ser ingresado a un hospital, clínica o sanatorio, hacer uso de ambulancia aérea y/o terrestre, servicios de enfermería o estudios de laboratorio en territorio extranjero, GNP se hará cargo de los gastos procedentes que sean erogados dentro de la vigencia de la póliza por causa de dicha urgencia.

Edad de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura, corresponderán a las establecidas dentro de este contrato en la sección Cláusulas generales apartado Edad.

Para esta cobertura no existe un límite de edad para la renovación.

Deducible y/o coaseguro

El deducible que aplicará por evento será el que esté descrito en el certificado de cobertura por asegurado, denominado en dólares pagadero al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación correspondiente a la fecha en la que el asegurado haya recibido los servicios médicos.

Para esta cobertura no aplica el beneficio de tope de deducibles por póliza.

Esta cobertura opera sin la aplicación de coaseguro.

Límite máximo de responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad por evento a cargo de GNP será la suma asegurada denominada en dólares que esté descrita en el certificado de cobertura por asegurado, pagadera al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación correspondiente a la fecha en la que el asegurado haya recibido los servicios médicos.

Para el pago de la indemnización, GNP siempre aplicará el gasto UCR (Usual, Customary & Reasonable).

Se considerarán terminados los beneficios de esta cobertura al controlarse la condición de urgencia médica o hasta que se agote la suma asegurada, lo que ocurra primero.

Son aplicables todos los términos, Condiciones generales de la Cobertura básica y Exclusiones generales.

Exclusiones adicionales a la Cobertura básica

Este beneficio adicional no cubre:

- **Complicaciones por enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de esta cobertura, sin importar su causa, así como sus consecuencias y complicaciones.**
- **Parto o cesárea, cualquiera que sea su causa o complicación.**
- **Servicios de enfermería fuera del hospital.**
- **Tratamientos de rehabilitación.**

- **Estudios o cirugías previamente programadas.** Ni estudios e intervenciones quirúrgicas programadas a partir de dos días después de ocurrir la urgencia médica, exceptuando las que sean consecuencia directa de la misma y cuya omisión ponga en peligro la vida del asegurado.
- **Gastos originados por enfermedades y/o accidentes ocurridos en un país diferente en donde fue atendida la urgencia médica originalmente, así como sus consecuencias o complicaciones, sean estas o no el motivo de la estancia o del viaje.** Esta exclusión no es aplicable para las enfermedades vascular cerebral, pulmonar profunda e infarto agudo al miocardio.

3.2 Enfermedades Catastróficas en el Extranjero

Cobertura

En caso de estar descrita como amparada en el certificado de cobertura por asegurado, GNP cubrirá los gastos descritos en la Cobertura básica de este contrato de seguro en los que incurra el asegurado al atenderse en territorio extranjero alguna de las enfermedades o trasplantes enlistadas a continuación:

- Cáncer (excluido cáncer de piel).
- Enfermedades neurológicas.
- Enfermedades cerebrovasculares.
- Enfermedades de las coronarias que requieren cirugía de tórax abierto (by pass coronario).
- Trasplante de los siguientes órganos: corazón, hígado, médula ósea y pulmón.

Para la procedencia de este beneficio, es necesario que el asegurado cumpla con los periodos de espera descritos en el apartado Enfermedades y tratamientos con periodo de espera de la Cobertura básica del contrato de seguro correspondiente a la enfermedad y/o trasplante.

El periodo de espera comenzará a transcurrir a partir del inicio de cobertura, de esta cobertura.

Para que esta cobertura surta efecto, se deberá de programar cada atención médica que se requiera por lo menos 10 días hábiles antes de la misma, bajo el esquema de programación de cirugía, tratamientos médicos y servicios. GNP dará a conocer por escrito las opciones médico hospitalarias disponibles, para que el asegurado elija la que mejor le convenga, para la hospitalización en el extranjero. En caso de resultar procedente su aplicación, GNP realizará el pago en forma directa al proveedor de servicios y le indicará al asegurado el procedimiento a seguir.

Edad de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura, corresponderán a las establecidas dentro de este contrato en la sección Cláusulas generales apartado Edad.

Para esta cobertura no existe un límite de edad para la renovación.

Deducible y/o Coaseguro

El deducible y coaseguro que aplicará para esta cobertura será el mismo que el asegurado tenga contratado para la Cobertura básica, el cual se encuentra estipulado en la carátula de la póliza como nivel hospitalario A.

Para esta cobertura no aplica tope de coaseguro ni el beneficio de tope de dos deducibles por póliza.

Límite máximo de responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad a cargo de GNP será la suma asegurada que el asegurado tenga contratada para la cobertura básica estipulada en la carátula de la póliza.

En toda solicitud de servicio es necesario que el total de los gastos procedentes, sea superior al deducible contratado en el nivel hospitalario A, aplicado de la misma forma que en la Cobertura básica.

Son aplicables todos los términos, Condiciones generales de la Cobertura básica y Exclusiones generales.

Exclusiones adicionales a la Cobertura básica

Este beneficio adicional no cubre:

- **Atención médico hospitalaria en una opción diferente a las proporcionadas por GNP.**
- **Atención médico hospitalaria que no se solicite bajo el esquema de programación de cirugía, tratamientos médicos y servicios.**
- **Enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de cobertura de esta cobertura, sin importar su causa, así como sus consecuencias y complicaciones.**

3.3 Cero Deducible por Accidente

Cobertura

En caso de estar descrita como amparada en el certificado de cobertura por asegurado y si a consecuencia de un accidente cubierto, el asegurado requiere someterse a un tratamiento médico, ser ingresado a un hospital, clínica o sanatorio, hacer uso de ambulancia aérea y/o terrestre, servicios de enfermería o estudios de laboratorio, GNP exentará al asegurado del pago del deducible contratado, siempre que la primera atención y gasto médico se realicen dentro de los siguientes 10 días naturales contados a partir de la fecha en que ocurra el accidente.

Cuando el monto de la reclamación no rebase el deducible de la Cobertura básica, GNP responderá hasta por el monto de los gastos médicos efectuados por el asegurado, que sean procedentes al amparo de la Cobertura básica.

Aplicarán los mismos niveles de tabulador médico contratados en la Cobertura básica para el pago de honorarios.

Para las enfermedades de columna vertebral, hombro y rodilla, solo se considerarán accidentes cuando exista pérdida de continuidad de la estructura ósea (fractura) o politraumatismos con evidencia de pérdida de continuidad de la estructura ósea (fractura) por medio de radiografía o tomografía computarizada.

Edad de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura, corresponderán a las establecidas dentro de este contrato en la sección Cláusulas generales apartado Edad.

Para esta cobertura no existe un límite de edad para la renovación.

Deducible y/o coaseguro

El deducible a exentar será el asociado al nivel hospitalario donde el asegurado reciba la atención médica y el cual se encuentra estipulado en la carátula de la póliza.

El coaseguro que aplicará para esta cobertura será el mismo que el asegurado tenga contratado para la Cobertura básica y el cual está asociado al nivel hospitalario donde el asegurado reciba la atención médica, estipulado en la carátula de la póliza, y operará descontando el deducible exentado.

Cuando el asegurado cancele esta cobertura, las reclamaciones que se presenten y ocurran con posterioridad a dicha cancelación, dejarán de tener este beneficio.

Límite máximo de responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad a cargo de GNP, para cada reclamación procedente sobre esta cobertura, corresponderá al monto del deducible asociado al nivel hospitalario donde el asegurado reciba la atención médica, que aparece en el certificado de cobertura por asegurado como contratado para la Cobertura básica.

Este beneficio aplica solamente en territorio nacional.

Son aplicables todos los términos, Condiciones generales de la Cobertura básica y Exclusiones generales.

3.4 Maternidad Plus Personaliza

Cobertura

Mediante este beneficio el asegurado titular y/o contratante podrá ampliar el monto de la suma asegurada por el concepto de parto o cesárea que tiene en la Cobertura básica, mismo que será sustituido por la cantidad que se señale en el certificado de cobertura por asegurado en la sección Condiciones especiales para Maternidad plus personaliza.

Para que proceda el pago de la suma asegurada ampliada de esta cobertura, es necesario que la asegurada cumpla con el periodo de espera de 10 meses; Dicho periodo de espera comenzará a transcurrir a partir del inicio de cobertura, de esta cobertura.

En caso de que el asegurado titular y/o contratante hayan solicitado el cambio en la opción de suma asegurada para parto normal o cesárea y ésta sea superior a la contratada originalmente, se reiniciará el conteo del periodo de espera de 10 meses a partir del cambio, para poder obtener el beneficio con la nueva suma asegurada. De no cumplir con el nuevo periodo de espera se pagará el monto que se encontraba vigente 10 meses antes de la fecha de nacimiento.

Cuando el asegurado titular y/o contratante hayan solicitado el cambio en la opción de suma asegurada para parto normal o cesárea y esta sea inferior a la contratada originalmente, se pagará la suma asegurada vigente a la fecha de nacimiento.

Edad de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura son a partir de los 15 años y hasta los 45 años de edad.

En caso de que la asegurada cumpla 50 años de edad, esta cobertura se dará por terminada en la fecha de fin de vigencia de la póliza en la que la asegurada cumpla dicha edad.

Deducible y/o Coaseguro

Esta cobertura opera sin la aplicación de deducible ni coaseguro.

Límite máximo de responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad a cargo de GNP será el monto estipulado en el certificado de cobertura por asegurado en la sección Condiciones especiales de contratación para la cobertura de Maternidad plus personaliza.

Este beneficio aplica solamente en territorio nacional.

Son aplicables todos los términos, Condiciones generales de la Cobertura básica y Exclusiones generales.

3.5 Cláusula Familiar

Cobertura

En caso de estar descrita como amparada en el certificado de cobertura por asegurado y, si el asegurado titular falleciera o se invalidará total y permanentemente antes de cumplir 65 años de edad a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto por esta póliza, GNP exentará durante los cinco años siguientes a la ocurrencia del siniestro, el pago de la prima de renovación del seguro de gastos médicos mayores, correspondiente a todos los asegurados vigentes en la póliza bajo las mismas condiciones de contratación que se tenían al momento de la ocurrencia del evento.

En caso de invalidez total y permanente, se eximirá también al asegurado titular del pago de la prima.

Para el presente beneficio se define como invalidez total y permanente:

Se considera invalidez total y permanente si durante la vigencia de la póliza, las facultades o aptitudes con que contaba el asegurado a la fecha de contratación de esta cobertura, se ven afectadas por lesiones corporales a causa de un accidente cubierto o por la manifestación de una enfermedad, en forma tal, que no le permitan desempeñar la actividad o trabajo habitual de manera total y permanente, ni cualquier otra ocupación o trabajo remunerativo compatible con sus conocimientos y aptitudes al momento del evento y que esta imposibilidad haya sido continua durante un periodo no menor a tres meses.

También se considerará invalidez total y permanente; la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, de una mano y de un pie o de una mano o un pie y la vista de un ojo. En estos casos no operará el periodo a que se refiere el párrafo anterior.

Para los efectos de esta cláusula, se entiende por pérdida de la mano, la separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella y por pérdida del pie, la separación o anquilosamiento de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.

Para determinar la procedencia de la invalidez total y permanente, GNP se reserva el derecho de revisar la información presentada por el asegurado, y de practicar a su costa, los estudios y pruebas necesarias al asegurado, que permitan determinar si la incapacidad le impide o no desempeñar cualquier otra ocupación o trabajo remunerado compatibles con sus conocimientos o aptitudes.

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el asegurado deberá presentar a GNP, además de lo establecido en la Cláusula Pago de la Indemnización, lo siguiente:

Exámenes, análisis y documentos, que corroboren el diagnóstico de la enfermedad y/o accidente, así como la valoración por un médico certificado y especialista en la materia con cédula profesional que al menos contenga: fechas de ocurrencia, descripción del evento, evolución de la enfermedad o accidente, el estado actual del asegurado respecto a estado físico, mental, intelectual, y/o sensorial, su grado de afectación, los tratamientos recibidos, tratamiento terapéutico aplicable, así como pronóstico funcional para la vida, actividades cotidianas y el trabajo; que sirvan como base para determinar su invalidez total y permanente.

En el caso de que GNP determine la improcedencia de la reclamación, ésta será con base en un dictamen emitido por un especialista en la materia.

No se considerará invalidez total y permanente, si el asegurado es susceptible de recibir algún tratamiento médico existente para corregir la afectación de sus facultades o aptitudes, derivado de la enfermedad y/o accidente sufridos; y dicho tratamiento se encuentra a su alcance de acuerdo a su capacidad económica.

El párrafo anterior no surtirá efecto, si después de haberse sometido al tratamiento médico, el asegurado no recupera sus facultades o aptitudes.

Para la procedencia de este beneficio, es necesario que el asegurado cumpla con los periodos de espera descritos en el apartado Enfermedades y tratamientos con periodo de espera de la Cobertura básica del contrato de seguro correspondiente a la enfermedad.

El periodo de espera comenzará a transcurrir a partir del inicio de cobertura, de esta cobertura.

Edad de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura, corresponderán a las establecidas dentro de este contrato en la sección Cláusulas generales apartado Edad.

En caso de que el asegurado titular cumpla 65 años de edad, esta cobertura se dará por terminada en la fecha de fin de vigencia de la póliza en la que el asegurado cumpla dicha edad.

Deducible y/o Coaseguro

Esta cobertura opera sin la aplicación de deducible ni coaseguro.

Límite máximo de responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad a cargo de GNP será el monto de la prima de renovación, incluyendo impuestos y derechos que correspondan, de los asegurados vigentes en la póliza al momento de ocurrir el siniestro, en las mismas condiciones de contratación, durante cinco años a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro.

Son aplicables todos los términos, Condiciones generales de la Cobertura básica y Exclusiones generales.

Exclusiones adicionales a la Cobertura básica

Este beneficio adicional no cubre:

- El pago de las primas de renovación de las personas, no incluidas en la póliza al momento de ocurrir el siniestro.
- El pago de las primas de renovación cuando el asegurado titular fallezca o se invalide total y permanentemente a consecuencia de una enfermedad preexistente y/o accidente ocurrido antes de la fecha de contratación de este beneficio adicional, así como sus consecuencias y complicaciones.

3.6 Respaldo por Fallecimiento

Cobertura

En caso de estar descrita como amparada en el certificado de cobertura por asegurado, GNP pagará a los beneficiarios designados por el asegurado, la suma asegurada contratada para este beneficio, con el objetivo de solventar los gastos inherentes al fallecimiento del asegurado.

Para la procedencia de este beneficio, es necesario que el asegurado cumpla con los periodos de espera descritos en el apartado Enfermedades y tratamientos con periodo de espera de la Cobertura básica del contrato de seguro correspondiente a la enfermedad que haya ocasionado el fallecimiento del asegurado.

El periodo de espera comenzará a transcurrir a partir del inicio de cobertura, de esta cobertura.

Edad de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura son a partir de los 12 años y hasta los 64 años de edad.

Para esta cobertura no existe un límite de edad para la renovación.

Deducible y/o Coaseguro

Esta cobertura opera sin la aplicación de deducible ni coaseguro.

Límite máximo de responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad por parte de GNP corresponderá al monto de suma asegurada que está descrita en el certificado de cobertura por asegurado para esta cobertura.

Beneficiarios

El asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los beneficiarios, siempre que, no se haya cedido y no exista restricción legal. El asegurado deberá notificar el cambio por escrito a GNP, indicando el nombre del nuevo beneficiario. GNP informará al asegurado de este cambio a través de la nueva versión de la póliza. GNP pagará al último beneficiario del que tenga conocimiento por escrito y quedará liberada de las obligaciones contraídas en esta cobertura.

En caso de que hubiere varios beneficiarios, el pago correspondiente se hará de acuerdo a la distribución elegida por el asegurado en la solicitud de seguro de gastos médicos, en su defecto, a falta de distribución la suma asegurada se realizará en forma proporcional entre los beneficiarios designados.

El asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de beneficiarios, haciendo una designación irrevocable, siempre que esa designación se realice por escrito al beneficiario y a GNP y conste en la presente póliza, como lo previene el Artículo 176 de la Ley Sobre el contrato de Seguro **(Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx)**. Si habiendo varios beneficiarios falleciere alguno de ellos, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los beneficiarios restantes, salvo indicación en contrario del asegurado.

Cuando no haya beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el beneficiario y el asegurado mueran simultáneamente o cuando el beneficiario designado muera antes que el asegurado.

ADVERTENCIA: En el caso de que desee nombrar como beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior, porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Son aplicables todos los términos, Condiciones generales de la Cobertura básica y Exclusiones generales.

Exclusiones adicionales a la Cobertura básica

Este beneficio adicional no aplica cuando:

- El fallecimiento sea derivado de una enfermedad que no haya cumplido con el periodo de espera descrito en el apartado Enfermedades y tratamientos con periodo de espera de la Cobertura básica del contrato de seguro.
- El asegurado fallezca a consecuencia de una enfermedad preexistente y/o accidente ocurrido antes de la fecha de contratación de este beneficio adicional, así como sus consecuencias y complicaciones.

3.7 Respaldo Hospitalario

Cobertura

En caso de estar descrita como amparada en el certificado de cobertura por asegurado y si el asegurado requiere ser hospitalizado por más de 24 horas continuas, GNP pagará al asegurado y/o sus beneficiarios la suma asegurada diaria contratada y estipulada en el certificado de cobertura por asegurado para esta cobertura, conforme a lo siguiente:

- **Indemnización diaria por hospitalización**

GNP pagará al asegurado y/o a sus beneficiarios la suma asegurada diaria contratada, en caso de que el asegurado tenga que ser hospitalizado a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto.

- **Indemnización por terapia intensiva**

GNP pagará al asegurado y/o a sus beneficiarios la suma asegurada diaria contratada, en caso de que el asegurado tenga que permanecer en la unidad de terapia intensiva a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto.

Este beneficio será adicional e independiente a la indemnización diaria por hospitalización.

Para la procedencia de esta cobertura, es necesario que el asegurado cumpla con los periodos de espera descritos en el apartado Enfermedades y tratamientos con periodo de espera de la Cobertura básica del contrato de seguro correspondiente a la enfermedad que haya ocasionado la hospitalización del asegurado.

El periodo de espera comenzará a transcurrir a partir del inicio de cobertura, de esta cobertura.

Edad de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura, corresponderán a las establecidas dentro de este contrato en la sección Cláusulas generales apartado Edad.

En caso de que el asegurado cumpla 70 años de edad, esta cobertura se dará por terminada en la fecha de fin de vigencia de la póliza en la que el asegurado cumpla dicha edad.

Deducible y/o Coaseguro

Esta cobertura opera sin la aplicación de deducible ni coaseguro.

Límite máximo de responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad a cargo de GNP será el monto de la suma asegurada diaria contratada hasta por un total de 360 días.

La indemnización diaria contratada para esta cobertura será efectiva exclusivamente para las enfermedades y/o accidentes que ocurran dentro del periodo de vigencia respectivo y que sean procedentes dentro de la Cobertura básica.

Son aplicables todos los términos, Condiciones generales de la Cobertura básica y Exclusiones generales.

Exclusiones adicionales a la Cobertura básica

Este beneficio adicional no aplica cuando:

- La hospitalización sea derivada de una enfermedad que no haya cumplido con el periodo de espera descrito en el apartado Enfermedades y tratamientos con periodo de espera de la Cobertura básica del contrato de seguro.
- La hospitalización no sé dé por al menos 24 horas continuas.
- El asegurado sea hospitalizado a consecuencia de una enfermedad preexistente y/o accidente ocurrido antes de la fecha de contratación de este beneficio adicional, así como sus consecuencias y complicaciones.
- La asegurada sea hospitalizada a consecuencia de parto, cesárea y/o aborto, cualquiera que sea su causa, así como sus consecuencias y complicaciones.

3.8 Ampliación Hospitalaria Nacional

Cobertura

En caso de estar descrita como amparada en el certificado de cobertura por asegurado, GNP exentará al asegurado del pago de la participación adicional que corresponda, denominada Atención en hospitales, clínicas o sanatorios ubicados en una zona diferente a la contratada originalmente, descrita en la sección Gastos a cargo del asegurado, de este contrato de seguro.

Edad de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura, corresponderán a las establecidas dentro de este contrato en la sección Cláusulas generales apartado Edad.

Para esta cobertura no existe un límite de edad para la renovación.

3.9 Atención en el Extranjero

Cobertura

En caso de estar descrita como amparada en el certificado de cobertura por asegurado, GNP ampliará la zona de cobertura a territorio extranjero aplicando las condiciones y límites de la Cobertura básica y de este beneficio adicional.

Para la procedencia de este beneficio, es necesario que el asegurado cumpla con los periodos de espera descritos en el apartado Enfermedades y tratamientos con periodo de espera de la Cobertura básica del contrato de seguro correspondiente a la enfermedad.

El periodo de espera comenzará a transcurrir a partir del inicio de cobertura, de esta cobertura.

Para esta cobertura queda sin efectos el Beneficio adicional “Cero deducible por accidente”

Para que esta cobertura surta efecto, se deberá de programar cada atención médica que se requiera por lo menos 10 días hábiles antes de la misma, bajo el esquema de programación de cirugía, tratamientos médicos y servicios. En caso de resultar procedente su aplicación, GNP realizará el pago en forma directa al proveedor de servicios y le indicará al asegurado el procedimiento a seguir.

Cuando el asegurado tenga un accidente o emergencia médica no será necesario programar su atención médica bajo el esquema de programación de cirugía, tratamientos médicos y servicios.

Edad de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura, corresponderán a las establecidas dentro de este contrato en la sección Cláusulas generales apartado Edad.

Para esta cobertura no existe un límite de edad para la renovación.

Deducible y/o Coaseguro

El deducible que aplicará será el que esté descrito para esta cobertura en el certificado de cobertura por asegurado, denominado en dólares pagadero al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación correspondiente a la fecha en la que el asegurado haya recibido los servicios médicos.

El coaseguro que aplicará será el que esté descrito para esta cobertura en el certificado de cobertura por asegurado.

Límite máximo de responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad por evento a cargo de GNP será la suma asegurada descrita para esta cobertura en el certificado de cobertura por asegurado, denominada en dólares pagadera al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación correspondiente a la fecha en la que el asegurado haya recibido los servicios médicos.

Para el pago de la reclamación, GNP siempre aplicará el gasto UCR (Usual, Customary & Reasonable).

Para la contratación de esta cobertura, el asegurado deberá de acreditar a la compañía que reside en la República mexicana.

Son aplicables todos los términos, Condiciones generales de la Cobertura básica y Exclusiones generales.

Exclusiones adicionales a la Cobertura básica

Este beneficio adicional no cubre:

- **Atención médico hospitalaria que no se solicite bajo el esquema de programación de cirugía, tratamientos médicos y servicios a excepción de cuando sean accidentes o emergencias médicas.**
- **Enfermedades preexistentes a la contratación de la póliza o de este beneficio adicional.**
- **Gastos originados por el asegurado, cuando éste resida fuera del territorio nacional.**
- **Complicaciones del embarazo o puerperio.**
- **Cirugía fetal.**
- **Enfermedades congénitas y/o genéticas, enfermedades y/o complicaciones de recién nacidos prematuros.**

3.10 Alta Tecnología y Medicina de Vanguardia

Cobertura

En caso de estar descrita como amparada en el certificado de cobertura por asegurado, GNP exentará al asegurado del pago de la participación adicional que corresponda a:

- Uso de tecnología robótica.
- Compra de prótesis biónicas, computarizadas, electrónicas y aquellas que en su construcción utilizan materiales de titanio, fibra de carbono, con sistemas hidráulicos e hidroneumáticos.
- Uso de neuronavegadores, neuroestimuladores e Implante de la Válvula Aórtica Transcatéter, por sus siglas en inglés (TAVI o TAVR).

Edad de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura, corresponderán a las establecidas dentro de este contrato en la sección Cláusulas generales apartado Edad.

Para esta cobertura no existe un límite de edad para la renovación.

Son aplicables todos los términos, Condiciones generales de la Cobertura básica y Exclusiones generales.

Exclusiones adicionales a la Cobertura básica

Este beneficio adicional no cubre:

- **Enfermedades preexistentes a la contratación de la póliza o de este beneficio adicional.**

4. Exclusiones Generales

Este contrato de seguro NO CUBRE, gastos que se originen por la atención médica, estudios y/o tratamientos médicos que el Asegurado reciba por enfermedades y/o accidentes, ni de sus complicaciones y secuelas, por los conceptos señalados a continuación:

- Lo no mencionado expresamente dentro de la cobertura básica de este contrato.
- Enfermedades preexistentes según se indica en la sección Definiciones, así como sus consecuencias y complicaciones, excepto lo específicamente mencionado en el apartado Cobertura de preexistencia.
- Enfermedades que hayan iniciado en el transcurso de los primeros 30 días de inicio de cobertura de la póliza con GNP. Este periodo no tendrá lugar en caso de renovación, ni en accidentes o urgencias médicas, cuando estas últimas no sean consecuencia de una enfermedad preexistente.
- Cualquier enfermedad y/o accidente cuyo inicio se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.
- Gastos que administre o pague un tercero no autorizado por GNP para hacerlo.
- Honorarios médicos cuando el médico sea el mismo asegurado o familiar directo del asegurado (padres, hijos, cónyuge o hermanos).
- Gastos relacionados a acompañantes del asegurado en su estancia como paciente en hospitales, ni aquellos que no formen parte de la unidad de traslado, al igual que los gastos que se deriven de gestiones administrativas por estas causas.
- Cualquier gasto que no esté directamente relacionado con la enfermedad y/o accidente cubierto.
- Tratamientos experimentales o de investigación.
- Cámara hiperbárica aun cuando sea prescrita por un médico, salvo lo estipulado en el apartado Gastos a cargo de GNP.
- Gastos originados por la donación de órganos y/o sus complicaciones médicas o quirúrgicas cuando el asegurado sea el donante.
- Estudios de compatibilidad, estado general de salud, entre otros, aplicados a posibles donadores para el asegurado.
- Gastos originados por complicaciones médicas o quirúrgicas de donadores de órganos o de los candidatos a donación.

- **Trasplante de células madre, salvo lo estipulado en el apartado Gastos a cargo de GNP.**
- **Prematurez, malformaciones y enfermedades congénitas y/o genéticas de los asegurados nacidos fuera de la vigencia de esta póliza, excepto lo específicamente mencionado en el apartado Cobertura de enfermedades congénitas y/o genéticas para nacidos fuera de la vigencia de la póliza.**
- **Tratamientos de infertilidad, esterilidad, reproducción asistida, control natal, impotencia sexual o disfunción eréctil, ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes, salvo lo especificado en el apartado Cobertura de emergencias de gastos médicos mayores no cubiertos.**
- **Aborto.**
- **Interrupción del embarazo durante las primeras 12 semanas.**
- **Bridas o adherencias con antecedente de procedimientos quirúrgicos abdominales previos a la contratación de la póliza.**
- **Gastos derivados por tratamientos de miopía, presbiopía, hipermetropía, astigmatismo, queratocono, independientemente de sus causas u orígenes.**
- **Anteojos y lentes de contacto externos.**
- **Lentes intraoculares, excepto lo descrito en la sección Cobertura básica.**
- **Estrabismo de los asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza, independientemente de sus causas u orígenes.**
- **Cualquier tipo de tratamiento médico y/o quirúrgico de tipo estético, cosmetológico y de calvicie, salvo lo especificado en el apartado Cobertura de emergencias de gastos médicos mayores no cubiertos.**
- **Curas de reposo, check ups, excepto lo específicamente mencionado en el apartado Cobertura de emergencias de gastos médicos mayores no cubiertos.**
- **Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por obesidad, sobrepeso, anorexia y bulimia, así como sus complicaciones, salvo lo especificado en los apartados Cobertura de emergencias de gastos médicos mayores no cubiertos y Cobertura de cirugía bariátrica.**
- **Honorarios médicos de nutriólogos, salvo lo expresamente descrito en la Cobertura de cirugía bariátrica.**
- **Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales, salvo lo estipulado en los apartados Gastos a cargo de GNP y Cobertura de emergencias de gastos médicos mayores no cubiertos.**

- **Tratamientos médicos cuya utilización en técnicas y tecnologías médicas no estén aprobadas por la FDA, (por sus siglas en inglés Food and Drug Administration), de los Estados Unidos de América, para su uso en la enfermedad cubierta reclamada con base en el nivel de evidencia clínica y científica.**
- **Medicamentos provenientes del extranjero sin registro sanitario en México emitido por la COFEPRIS (por sus siglas en español Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios).**
- **Compra de dispositivos médicos de seguimiento y control de enfermedades de funcionamiento automático de uso personal y/o ambulatorio, tales como: micro infusora de insulina, entre otros.**
- **Gastos derivados de la compra, renta o uso de exoesqueleto.**
- **Complementos y/o suplementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil; aún por prescripción médica en enfermedades y/o accidentes cubiertos, cualquiera que sea su causa.**
- **Gastos erogados fuera del territorio nacional, salvo que tenga contratado algún Beneficio adicional con costo a la Cobertura básica y con cobertura en territorio extranjero.**
- **Gastos por productos dermatológicos, cosmetológicos, aun con prescripción médica.**
- **Gastos de criopreservación de cordón umbilical.**
- **Tratamientos de acupuntura, u homeopáticos, proporcionados por personas sin cédula profesional o certificación que los acredite como médicos autorizados para realizar dichos tratamientos, salvo lo especificado en el apartado Cobertura de emergencias de gastos médicos mayores no cubiertos.**
- **Tratamientos quiroprácticos que no hayan sido indicados por un médico con cédula profesional como parte de un tratamiento médico cubierto por la póliza, salvo lo especificado en el apartado Cobertura de emergencias de gastos médicos mayores no cubiertos.**
- **Servicios de enfermería, salvo lo estipulado en el apartado Gastos a cargo de GNP.**
- **Tratamientos médicos basados en la medicina alternativa y complementaria.**
- **Tratamientos médicos con beneficio incierto y/o con fines preventivos.**
- **Reposición de aparatos ortopédicos, prótesis de cualquier tipo, que el asegurado ya utilizaba en la fecha de contratación de esta póliza, sin importar la naturaleza o causas de su reposición.**
- **Prótesis auditivas, implantes auditivos o cocleares y/o auxiliares auditivos.**

- La compra de zapatos y plantillas ortopédicos, aunque sean médicamente necesarios.
- Cualquier estudio, tratamiento médico y/o tratamiento de tipo psicológico, psiquiátrico para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño, roncopatías, trastornos de la conducta, del aprendizaje o lenguaje.
- Cualquier estudio, tratamiento médico y/o tratamiento de tipo psicológico, psiquiátrico o derivado de una enfermedad mental, demencia, depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, así como sus complicaciones salvo lo estipulado en el apartado Cobertura de cirugía bariátrica.
- Enfermedades y/o tratamientos médicos resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria.
- Enfermedades y/o lesiones resultantes de accidentes, cuando exista evidencia de la ingesta de alcohol y/o sustancias tóxicas y/o drogas no prescritas por un médico.
- Enfermedades y/o lesiones resultantes de la práctica de box, box thai, lucha libre, moto náutica y automovilismo (fórmula I, II, III, V, serie cart, rally, o cualquier otra categoría equivalente en riesgo) en cualquiera de sus modalidades.
- Enfermedades y/o lesiones derivadas de cualquier deporte profesional o práctica profesional.
- Enfermedades y/o lesiones resultantes de la participación del asegurado en competencias, entrenamientos, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- Enfermedades y/o lesiones resultantes del servicio militar de cualquier clase, así como de la participación del asegurado en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
- Enfermedades y/o lesiones que el asegurado sufra cuando viaje en calidad de mecánico o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave, distinta a la de una línea aérea comercial.
- Enfermedades y/o lesiones resultantes de actos delictivos intencionales cometidos por el asegurado, ni aquellos derivados de riñas en que el asegurado haya participado directamente siempre y cuando sea el provocador.
- Gastos de peluquería, barbería y pedicurista, así como la compra o renta de aparatos o servicios para comodidad personal.
- Pruebas moleculares, salvo lo estipulado en el apartado de Gastos a cargo de GNP.

5. Gastos a cargo del asegurado

5.1 Deducible

Es la cantidad fija estipulada en la carátula de la póliza a cargo del asegurado, la cual se aplicará para cada enfermedad y/o accidente cubierto en términos de las condiciones vigentes en el contrato.

Esta obligación a cargo del asegurado iniciará a partir de la fecha de diagnóstico hasta el total de la cantidad señalada por concepto de deducible en la carátula de la póliza.

El deducible que se aplicará será el vigente en el momento que el total de los gastos procedentes rebasen dicho monto.

El deducible aplicará para cada año padecimiento transcurrido a partir de la fecha de diagnóstico de la enfermedad con tope de dos deducibles por póliza en una misma vigencia. Para que el tope de deducible sea procedente, la póliza deberá de cumplir con lo descrito en el apartado Definiciones para dependientes económicos.

El deducible que el asegurado deberá de cubrir será el definido de acuerdo con el máximo nivel hospitalario donde el asegurado reciba la atención del servicio médico para cada enfermedad y/o accidente, el cual se indica en el certificado de cobertura por asegurado. Este máximo nivel hospitalario aplicará por cada año padecimiento transcurrido.

En caso de que no hubiese gastos dentro de un hospital, clínica o sanatorio el deducible a aplicar será el asociado al nivel hospitalario D contratado

En toda reclamación es necesario que el total de los gastos procedentes sea superior al deducible contratado; de no ser así, se deberá de cubrir la diferencia económica al deducible vigente contratado.

Para los casos donde el asegurado haya solicitado el cambio de deducible y éste sea superior al contratado, se deberá de cubrir la diferencia económica hasta el deducible superior contratado.

Cuando el asegurado reciba atención en un hospital, clínica o sanatorio que no tenga un convenio de pago directo con GNP, se aplicará el deducible asociado al nivel hospitalario A.

5.2 Coaseguro

Es el porcentaje estipulado en la carátula de la póliza a cargo del asegurado, el cual se aplicará una vez descontado el deducible sobre los gastos procedentes por cada enfermedad y/o accidente cubierto en términos de las condiciones vigentes en el contrato.

El porcentaje de coaseguro que se aplicará será el definido de acuerdo con el nivel hospitalario donde el asegurado reciba la atención del servicio médico, el cual se indica en el certificado de cobertura por asegurado.

En caso de que no hubiese gastos dentro de un hospital, clínica o sanatorio el coaseguro a aplicar será el asociado al nivel hospitalario D contratado.

Cuando el asegurado reciba atención en un hospital, clínica o sanatorio que no tenga un convenio de pago directo con GNP, se aplicará el coaseguro asociado al nivel hospitalario A.

Si el asegurado presenta una enfermedad de nariz y/o senos paranasales, se sustituirá el coaseguro correspondiente al nivel hospitalario donde el asegurado reciba la atención del servicio médico por el coaseguro de 50 puntos porcentuales, aplicando el tope de coaseguro correspondiente. Lo anterior aplicará sólo en caso de urgencia médica y/o accidente ocurrido dentro de los primeros 24 meses de cobertura continua en la póliza, siempre y cuando la urgencia médica y/o accidente se encuentren cubiertos y la atención médica se reciba dentro de los primeros 30 días naturales posteriores a la urgencia médica y/o accidente.

En caso de que el asegurado tenga contratado un acceso hospitalario con modalidad amplio y decida atenderse en un hospital con modalidad esencial de manera voluntaria, se reducirán 5 puntos porcentuales de coaseguro sobre los gastos procedentes de la factura hospitalaria, manteniendo el tope de coaseguro correspondiente.

Si el asegurado decide atenderse en un estado o municipio diferente al que registró al momento de la contratación, se podrá aplicar una reducción de 5 puntos porcentuales de coaseguro sobre los gastos procedentes de la factura hospitalaria dependiendo del estado o municipio en el que se atienda. A continuación se presenta la tabla con dichos casos:

BENEFICIO DE REDUCCIÓN DE COASEGURO										
ZONA DE CONTRATACIÓN										
ZONA DE ATENCIÓN		Zona 1	Zona 2	Zona 3	Zona 4	Zona 5	Zona 6	Zona 7	Zona 8	Zona 9
	Zona 1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	Zona 2	5%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	Zona 3	5%	5%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	Zona 4	5%	5%	5%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	Zona 5	5%	5%	5%	5%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	Zona 6	5%	5%	5%	5%	5%	N/A	N/A	N/A	N/A
	Zona 7	5%	5%	5%	5%	5%	5%	N/A	N/A	N/A
	Zona 8	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	N/A	N/A
	Zona 9	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	N/A

La relación de estado/municipio con respecto a la zona, se encuentra descrita en la sección de Definiciones.

5.3 Tope de coaseguro

Es el monto máximo que el asegurado pagará por concepto de coaseguro y se aplicará para cada enfermedad y/o accidente cubierto.

Una vez que el asegurado alcance el tope de coaseguro, éste no tendrá actualizaciones; en caso contrario, dicho monto se actualiza en cada renovación y se detallará en el apartado de Condiciones especiales del Certificado de Cobertura por Asegurado.

Para los casos donde el asegurado se haya atendido en un nivel hospitalario superior al original, se deberá cubrir la diferencia económica hasta el tope de coaseguro superior contratado.

5.4 Participaciones adicionales del asegurado

Participación adicional

Porcentaje del gasto procedente que el asegurado deberá de cubrir, independiente de las condiciones de deducible y coaseguro contratados. Conforme a los supuestos que se señalan a continuación:

- **Atención en hospitales, clínicas o sanatorios ubicados en un estado o municipio diferente al que registró al momento de la contratación.**

Si el asegurado decide atenderse en un hospital, clínica o sanatorio ubicado en un estado o municipio diferente al que registró al momento de la contratación, participará conforme a los porcentajes indicados en el cuadro anexo según corresponda. Dicha participación adicional se aplicará con cargo al asegurado sobre los gastos procedentes de hospitalización y/o cualquier servicio cubierto que el hospital, clínica o sanatorio proporcione, aunque no exista una hospitalización.

Una vez aplicada dicha participación adicional, procederá la aplicación del deducible y coaseguro contratado.

A continuación, se presenta la tabla con los porcentajes de participación adicional que se aplicarán si el asegurado se atiende en un estado o municipio diferente al que registró al momento de la contratación el asegurado:

PARTICIPACIÓN ADICIONAL										
ZONA DE CONTRATACIÓN										
ZONA DE ATENCIÓN		Zona 1	Zona 2	Zona 3	Zona 4	Zona 5	Zona 6	Zona 7	Zona 8	Zona 9
	Zona 1	N/A	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	20%
	Zona 2	N/A	N/A	20%	30%	20%	30%	30%	30%	15%
	Zona 3	N/A	N/A	N/A	10%	10%	25%	20%	30%	10%
	Zona 4	N/A	N/A	N/A	N/A	10%	15%	10%	30%	10%
	Zona 5	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	25%	15%	30%	10%
	Zona 6	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	10%	20%	10%
	Zona 7	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	30%	10%
	Zona 8	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	10%
	Zona 9	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

La relación de estado/municipio con respecto a la zona, se encuentra descrita en la sección de Definiciones.

Esta participación adicional no aplica en caso de urgencia médica.

- **Atención en hospitales, clínicas o sanatorios de una modalidad de acceso hospitalario diferente al contratado.**

Cuando el asegurado tenga contratado un acceso hospitalario con modalidad esencial y acuda a un hospital, clínica o sanatorio de modalidad amplia, aplicará una participación adicional de 20 puntos porcentuales. Dicha participación se aplicará con cargo al asegurado sobre los gastos procedentes de hospitalización y/o cualquier servicio cubierto que el hospital, clínica o sanatorio proporcione, aunque no exista una hospitalización.

Una vez aplicada dicha participación adicional, procederá la aplicación del deducible y coaseguro contratado.

Esta participación adicional no aplica en caso de urgencia médica.

- **Acceso a hospital, clínica o sanatorio de acceso hospitalario con modalidad esencial sin primer contacto con Médica Móvil.**

Cuando el asegurado tenga contratado el acceso hospitalario con modalidad esencial y no se haya puesto en contacto con el proveedor Médica Móvil para que lo oriente respecto al servicio que éste requiera y reciba la información médico hospitalaria asociada a su póliza, aplicará una participación adicional de 5 puntos porcentuales. Dicha participación adicional se aplicará con cargo al asegurado sobre los gastos procedentes de hospitalización y/o cualquier servicio cubierto que el hospital, clínica o sanatorio proporcione, aunque no exista una hospitalización.

Una vez aplicada dicha participación adicional, procederá la aplicación del deducible y coaseguro contratado.

Esta participación adicional no aplica en caso de urgencia médica.

- **Utilización de ambulancia aérea.**

Cuando el asegurado utilice los servicios de ambulancia aérea, aplicará una participación adicional de 20 puntos porcentuales, sobre los gastos procedentes para este servicio.

Una vez aplicada dicha participación adicional, procederá la aplicación del deducible y coaseguro contratado.

- **Uso de tecnología robótica.**

Cuando el asegurado requiera hacer uso de la tecnología robótica para la atención de una enfermedad y/o accidente cubierto, aplicará una participación adicional de 50 puntos porcentuales sobre los gastos quirúrgicos derivados del uso de tecnología robótica.

Una vez aplicada dicha participación adicional, procederá la aplicación del deducible y coaseguro contratado.

- **Compra de prótesis biónicas, computarizadas, electrónicas y aquellas que en su construcción utilizan materiales de titanio, fibra de carbono, con sistemas hidráulicos e hidroneumáticos.**

Cuando el asegurado compre prótesis biónicas, computarizadas, electrónicas y/o aquellas que en su construcción utilizan materiales de titanio, fibra de carbono, con sistemas hidráulicos e hidroneumáticos, para la atención de una enfermedad y/o accidente cubierto, aplicará una participación adicional de 50 puntos porcentuales sobre los gastos de dichos insumos.

Una vez aplicada dicha participación adicional, procederá la aplicación del deducible y coaseguro contratado.

- **Uso de neuronavegadores, neuroestimuladores e Implante de la Válvula Aórtica Transcatéter, por sus siglas en inglés (TAVI o TAVR).**

Cuando el asegurado requiera de neuronavegadores, neuroestimuladores y/o implantes de válvula aórtica transcatéter por sus siglas en inglés (TAVI o TAVR), para la atención de una enfermedad y/o accidente cubierto, aplicará una participación adicional de 50 puntos porcentuales, sobre los gastos de dichos insumos.

Una vez aplicada dicha participación adicional, procederá la aplicación del deducible y coaseguro contratado.

- **Uso de productos de terapia génica.**

Cuando el asegurado requiera de productos de terapia génica y cuando el gasto procedente por este concepto y lo relacionado con su aplicación exceda el monto indicado en el certificado de cobertura por asegurado, el asegurado tendrá una participación adicional de 50 puntos porcentuales sobre el excedente del gasto.

Dicha participación adicional se aplicará posterior a descontar el deducible y coaseguro del gasto procedente.

- **Compra o renta de aparatos ortopédicos, prótesis o dispositivos médicos.**

Cuando el asegurado compre o rente aparatos ortopédicos, prótesis o dispositivos médicos y en caso de que el gasto procedente por este concepto exceda el monto indicado en el certificado de cobertura por asegurado, el asegurado tendrá una participación adicional de 50 puntos porcentuales sobre el excedente del gasto.

Dicha participación adicional se aplicará posterior a descontar el deducible y coaseguro del gasto procedente.

6. Membresía Médica Móvil (sin costo adicional a la cobertura básica)

Objeto de la membresía

El objeto de esta membresía es otorgar al asegurado, a través de Médica Móvil, la información médico hospitalaria asociada a su póliza, así como los servicios que el asegurado requiera y que más adelante se detallan.

Cobertura

Los servicios que ofrece esta membresía son:

- **Orientación médica telefónica.**

Servicio proporcionado vía telefónica a través del equipo médico, para atender situaciones médicas que no sean urgentes, cubriendo necesidades para enfermedades que no ponen en peligro la vida ni la función de un órgano o miembro y que no requieren de la presencia de un médico.

El asegurado podrá solicitar estos servicios de manera ilimitada.

- **Orientación médica por video llamada.**

Servicio proporcionado para atender casos que no se catalogan como urgencias médicas, pero requieren asesoría de un médico general que puede resolverlos por medio de valoración médica en línea, quien realiza la prescripción de un tratamiento y receta de medicamentos mediante receta electrónica.

El asegurado podrá solicitar estos servicios de manera ilimitada.

- **Consulta médica domiciliaria.**

Servicio proporcionado a través del equipo médico designado para la atención del asegurado en su domicilio, para los casos que no sean considerados como urgencias médicas mayores y que no requieran su traslado de urgencia a alguna unidad médica hospitalaria, pero que, por la naturaleza de la sintomatología, haga necesaria y prudente la presencia física en el lugar del equipo médico para apoyar la formulación de un tratamiento.

El asegurado podrá solicitar estos servicios de manera ilimitada.

- **Atención médica extrahospitalaria de urgencia (con o sin traslado a un centro hospitalario).**

Si el asegurado presenta una urgencia médica se enviará una ambulancia acondicionada con equipo especializado para cada necesidad, la tripulación a bordo es un técnico en urgencias médicas (TUM), un operador paramédico y en caso de ser necesario un médico general o especialista. La acción prioritaria del equipo médico de la unidad es estabilizar las condiciones de salud del asegurado, incluyendo, si es conveniente, a alguna unidad médica hospitalaria. El asegurado y/o sus beneficiarios deberán indicar a Médica Móvil a qué hospital, clínica o sanatorio quiere ser trasladado.

El asegurado podrá solicitar estos servicios de manera ilimitada.

- **Asistencia psicológica por video llamada.**

Se proporciona para atender casos que no se catalogan como urgencia médica, pero requieren la asesoría de un psicólogo a través de terapia psicológica en línea que no requiera prescripción de un tratamiento y receta de medicamentos.

El límite máximo de servicios que el asegurado tendrá será de 2 consultas al mes, previa cita.

Para más detalles sobre los servicios de la membresía Médica Móvil, ingresar a la página de **gnp.com.mx**.

Son aplicables todos los términos, Condiciones generales de la Cobertura básica y Exclusiones generales.

Deducible y/o coaseguro

El deducible a aplicar por evento será el que se consigna en el certificado de cobertura por asegurado para este beneficio. Aplica sólo para las coberturas de Atención médica extrahospitalaria de urgencia (con o sin traslado a un centro hospitalario) y la de Consulta médica domiciliaria en las ciudades donde Médica Móvil ofrece estos servicios.

Esta cobertura opera sin la aplicación de coaseguro.

Exclusiones adicionales a la Cobertura básica

No se brindará el servicio de Médica Móvil en los siguientes casos:

- **Pacientes que se encuentren en condiciones de psiquiátrico-agresivo, infectocontagioso, ebrio o drogado-agresivo.**
- **Cuando el asegurado que requiera el servicio, se encuentre fuera de la zona geográfica en donde se brinde el servicio.**

7. GNP Cuida tu salud (con costo adicional a la cobertura básica)

Objeto de la cobertura

En caso de encontrarse descrito como contratado el presente servicio en el certificado de cobertura por asegurado, el asegurado podrá acceder mediante la APP Soy Cliente de GNP (en lo sucesivo “la App”), a los servicios que se señalan en este apartado y que serán proporcionados a través de su plataforma digital MEDDI SOFT SAPI de CV, persona moral con la cual GNP ha celebrado un contrato para tales efectos:

Cobertura

Los servicios que ofrece son:

- **Plan de autogestión personalizado.**

Servicios de autogestión por parte del asegurado, relacionados con la información que proporcione a través de la App, mediante los cuestionarios respectivos, generando un “indicador de bienestar” y estadísticas, basados en salud mental, nutrición, ejercicio, hábitos de sueño y consumo del asegurado, con recomendaciones para mantener una vida saludable.

La obtención de estadísticas con base en el indicador de bienestar le permitirá de manera gráfica saber qué aspectos son los que tiene que mejorar.

A través de la App el asegurado podrá obtener recomendaciones de actividades mensuales entre las que se incluyen referencias para consultas con profesionales de la salud, referencias para la realización de estudios, registro y monitoreo de sus hábitos.

- **Estudios de laboratorio.**

Cómo parte del plan personalizado, el asegurado tendrá derecho a los estudios enlistados de acuerdo a su edad y sexo de manera anual sin costo, mismos que podrán ser agendados a través de la App.

Edad	Sexo	Estudios
5 a 18 años	Femenino y Masculino	Biometría hemática con diferencial Química sanguínea de 12 elementos Examen general de orina Coproparasitoscópico
19 a 48 años	Femenino	Biometría hemática con diferencial Examen general de orina Química sanguínea de 25 elementos Ultrasonido mamario bilateral (Mayor a 30 años de edad) Papanicolau
19 a 48 años	Masculino	Biometría hemática con diferencial Examen general de orina Química sanguínea de 25 elementos Antígeno prostático (Mayor a 30 años de edad)

Edad	Sexo	Estudios
Mayor de 49 años	Femenino	Densitometría ósea Biometría hemática con diferencial Examen general de orina Química sanguínea de 32 elementos Mastografía Papanicolau
Mayor de 49 años	Masculino	Biometría hemática con diferencial Examen general de orina Química sanguínea de 32 elementos Antígeno prostático específico Sangre oculta en heces

Así mismo, contarán con referencia de estudios de laboratorio, electrocardiogramas, estudios de Rayos-X, estudio de imagenología, entre otros, con costo preferencial, mismos que pueden ser agendados a través de la App.

También contarán con una revisión presencial sin costo por un pediatra, ginecólogo o médico internista según la edad y sexo del asegurado.

El usuario tendrá un beneficio de descuento al año de hasta \$7,000 pesos, en aquellas órdenes de estudios emitidas por un médico con cédula profesional de los asignados por proveedor, dicho beneficio estará sujeto a las siguientes reglas:

- Las órdenes sujetas a este beneficio deben ser de un costo menor a \$1,500 pesos.
- El asegurado tendrá una participación del 30% por cada una de las órdenes hasta agotar el beneficio anual.
- En caso de que la orden sea mayor a \$1,500 pesos, el usuario deberá pagar la diferencia.
- Sólo se puede solicitar una orden al mes.
- Las órdenes de servicio, tendrán una vigencia de 5 días hábiles después de la fecha de su expedición, posterior a esta fecha no aplicará el beneficio de descuento.
- El beneficio no es reembolsable.

En caso de que se agote el beneficio antes descrito, sólo podrá aplicar el costo preferencial vigente y no el personalizado.

La prestación de estos servicios es válida, siempre y cuando el usuario se encuentre dentro del territorio nacional, es personal e intransferible.

Los usuarios que no tengan la capacidad de solicitar el beneficio desde la aplicación móvil podrán realizarlo a través del centro de atención telefónica Meddi con número 3333480545 donde le indicarán el proceso a seguir.

• Asesoría médica a distancia.

Servicios impartidos por médicos generales, pediatras y nutriólogos, en los cuales se da acompañamiento y seguimiento al asegurado con base en su plan personalizado, ofreciendo recomendaciones preventivas y certificando el cumplimiento del mismo. Dichas asesorías estarán sujetas a la disponibilidad del servicio, mismo que se puede verificar desde la aplicación móvil o vía telefónica.

Asesoría nutricional

Se otorga una recomendación de dietas personalizadas, para implementar una alimentación saludable.

Los servicios de asesoría nutricional se encuentran disponibles de 8:00 am a 20:00 pm, a través de la aplicación.

Este servicio no está diseñado para tratar trastornos alimentarios o condiciones médicas graves que requieran atención médica especializada.

Asesoría pediátrica

Se otorga a través de citas programadas, para ofrecer consejos y recomendaciones sobre una amplia gama de temas relacionados con la salud infantil, como la alimentación, el crecimiento y desarrollo, la vacunación, los problemas de sueño, el comportamiento, entre otros.

Consideraciones:

- La atención busca la recomendación y no debe ser interpretada como un diagnóstico o un plan de tratamiento definitivo.
- Este servicio no se trata de una opción para atender emergencias.
- Los servicios serán proporcionados los 365 días del año, las 24 horas del día sin límite de eventos, a excepción de la asesoría nutricional, ya que ésta solo estará disponible en el horario especificado.
- **Consultas con Médicos especialistas a precio preferencial.**

A través de este servicio, el asegurado podrá: solicitar referencias médicas, agendar, confirmar y cancelar consultas con los médicos especialistas conforme al directorio digital, que se encuentra disponible en la App.

Consideraciones:

- El costo de las consultas con especialista será de \$550 pesos por consulta.
- El costo de la consulta deberá ser cubierto antes de la cita, para garantizar la consulta.
- El servicio no es para generar citas por urgencia médica, la disponibilidad del médico depende de la demanda.
- En caso de que el asegurado no se presente a su consulta prepagada o tenga un retardo prolongado mayor a 10 minutos, se perderá la cita y no se podrá hacer reembolso de su dinero, ya que pasará directo a cubrir los honorarios del médico especialista.
- Cuando el médico no se haya presentado a atender su cita el día y horario pactado sin notificación al usuario, el paciente podrá solicitar la devolución total de su dinero o reagendar la cita con el médico en cuestión u otro dentro del directorio de especialistas de la red digital de Meddi.
- Para reportar alguna situación o resolver alguna duda con las consultas puede comunicarse al centro de atención telefónica Meddi con número 3333480545.
- Los servicios serán proporcionados los 365 días del año, en un horario de 8:00 am a 18:00 pm del día, sin límite de eventos.
- **Costo Preferencial en Vacunas.**

El asegurado podrá solicitar, a través de la App, costos preferenciales sobre vacunas de su interés o necesidad según la cartilla de vacunación.

El costo preferencial varía según la ubicación del usuario y están sujetos a los términos y condiciones señalados al momento de su solicitud.

Los servicios serán proporcionados los 365 días del año, sin límite de eventos.

- **Plan de recompensas personalizadas.**

Se podrá generar incentivos conforme al apego por parte del usuario a su “plan de autogestión personalizado”, mismos que serán otorgados siempre y cuando el usuario cumpla con las actividades mensuales y recomendaciones vinculadas con su plan personalizado.

El usuario tendrá un lapso de 21 días para cumplir con su actividad, y 5 días adicionales para apelar el resultado de la misma en dado caso de que ésta sea identificada como no realizada.

Los términos y condiciones aplicables a estos beneficios, serán publicados en la App, los cuales podrán tener una actualización constante, por lo que se sugiere revisar la información periódicamente.

En caso de duda o aclaración deberá comunicarse al centro de atención telefónica Meddi con número 3333480545 donde le indicarán el proceso a seguir.

8. Cláusulas generales

Contrato

Mediante este contrato, GNP se obliga, en términos y condiciones del mismo, a pagar al asegurado los gastos en que incurra con motivo de la atención médica requerida como consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto.

Para todos los efectos legales, formarán parte de este contrato:

La solicitud de seguro de gastos médicos, cuestionarios adicionales, anexo de la solicitud de seguro de gastos médicos, el clausulado general y las condiciones especiales de contratación, la póliza, sus versiones y sus endosos, los tabuladores de honorarios médicos y tabuladores de servicios terapéuticos y de enfermería, y cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo, en caso de aquellos que se encuentren señalados en la página **gnp.com.mx**, serán considerados también parte integrante en términos de lo descrito en este contrato.

Modificaciones

Cualquier modificación al presente contrato, será por escrito y previo acuerdo entre las partes. Lo anterior en términos del Artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Tales modificaciones al presente contrato se registrarán de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, conforme al Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. **(Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx).**

Por lo anterior, el agente o cualquier otra persona que no esté expresamente autorizada por GNP, **NO** podrá hacer modificaciones ni concesiones.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaran con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). **(Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx).**

Notificaciones

Cualquier notificación relacionada con este contrato deberá hacerse por escrito y en los domicilios señalados por las partes en este contrato.

Examen médico

GNP podrá solicitar al asegurado la aplicación de exámenes médicos, pruebas de laboratorio o cualquier información médica para la valoración del riesgo.

Al asegurado que se haya sometido a los exámenes médicos y a las pruebas de laboratorio a que se refiere el párrafo anterior, GNP no podrá aplicarle la cláusula de preexistencia respecto de la enfermedad relativa al tipo de examen o prueba que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en los citados estudios o pruebas.

Altas de asegurados

Los hijos de asegurados que nazcan dentro de la vigencia de la póliza, quedarán cubiertos desde su nacimiento hasta la renovación, sin necesidad de pruebas médicas. Para ello, es requisito indispensable que GNP haya sido notificada por escrito durante la vigencia del contrato a más tardar en la siguiente renovación y que la madre tenga al menos 10 meses continuos de cobertura en la póliza al momento de dar a luz. Adicionalmente, se requerirá documentación comprobatoria, tal como el acta de nacimiento.

Si no se cumplen los requisitos anteriores, la aceptación estará sujeta a la aprobación por parte de GNP, una vez presentados la solicitud de seguro de gastos médicos y el anexo de la solicitud de seguro de gastos médicos del nuevo asegurado.

Para cualquier otra alta de asegurados, se deberá presentar la solicitud de seguro de gastos médicos, cuestionarios adicionales y anexo de la solicitud de seguro de gastos médicos y la aceptación estará sujeta a la aprobación por parte de GNP.

Una vez aceptada la inclusión del nuevo asegurado, deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente.

Bajas de asegurados

La notificación para dar de baja a algún(os) de (los) asegurado(s) de la póliza deberá ser por escrito y firmado por el asegurado titular y/o contratante.

En caso de baja de algún asegurado dentro de los primeros 30 días de vigencia de la póliza, GNP devolverá el 100% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza, sin incluir derechos de póliza.

En caso de baja de algún asegurado después de los primeros 30 días de vigencia de la póliza, GNP devolverá el 60% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza, sin incluir derechos de póliza.

Dicha prima será devuelta mediante solicitud por escrito del contratante en un plazo no mayor a 30 días hábiles contados a partir de la recepción de la solicitud.

Eliminación o reducción de periodos de espera

Para este beneficio, GNP reconocerá el tiempo que el asegurado haya estado cubierto en ésta u otra(s) compañía(s), únicamente para efectos de la reducción de los periodos de espera descritos en este contrato, a excepción de SIDA, circuncisión y sus complicaciones, así como, en las coberturas de madre asegurada, complicaciones del embarazo o puerperio, cirugía fetal, recién nacido, enfermedades congénitas y/o genéticas para nacidos fuera de la vigencia de la póliza y cirugía bariátrica. Para poder otorgar este beneficio, es necesario que lo solicite dentro de los primeros 30 días naturales siguientes a la fecha de antigüedad con GNP, además de cumplir con las políticas vigentes establecidas por GNP.

Renovación

Siempre y cuando el asegurado no haya solicitado un cambio de plan, la renovación respetará los derechos de antigüedad para los siguientes efectos:

- Se realizará sin requisitos de asegurabilidad.
- No implicará modificación de los periodos de espera.
- No considerará los límites de edades de aceptación.

No se debe entender que el seguro se prorroga en sus mismos términos y condiciones.

Así mismo, se podrán actualizar los montos de: deducible, tope de coaseguro, tratamientos médicos, dispositivos médicos y auxiliares mecánicos con condiciones particulares y sumas aseguradas con la finalidad de mantener una cobertura similar en el tiempo.

Para cualquier nuevo tratamiento, técnica, dispositivo, medicamento y solución tecnológica aprobado por la FDA (por sus siglas en inglés Food and Drug Administration) y por la COFEPRIS (por sus siglas en español Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios) en que la diferencia de su costo sea mayor al 20% respecto a lo que usualmente costaba, GNP determinará a la renovación los límites, alcances y participación del asegurado en estos nuevos beneficios.

La compañía podrá modificar la redacción de éste contrato de seguro a efecto de dar claridad y un mejor entendimiento de su contenido, manteniendo congruencia con las condiciones originalmente contratadas.

Los cambios que aplicarán a la renovación se harán del conocimiento al asegurado con 15 días de anticipación al vencimiento del plazo, por el mismo conducto en que se contrató el seguro.

En caso de cambio de plan, aplicará lo estipulado en la cláusula de Cambio de Plan.

En cada renovación se respetará la antigüedad del asegurado con GNP.

La prima, que deberá pagarse en términos de la cláusula respectiva, se aplicará de acuerdo a la edad, sexo y nivel de riesgo del asegurado. El incremento que se efectuará para cada renovación será el que corresponda de acuerdo a los estándares de la práctica actuarial y conforme a los procedimientos y parámetros calculados con información homogénea, suficiente y confiable.

Cancelación

Este contrato será cancelado si el asegurado titular y/o contratante no paga la prima respectiva dentro del plazo señalado en el comprobante de pago.

En caso de que el contratante decida dar por terminado el contrato dentro de los primeros 30 días de vigencia de la póliza, GNP devolverá el 100% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza.

En caso de que el contratante decida dar por terminado el contrato después de los primeros 30 días de vigencia de la póliza, GNP devolverá el 60% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza.

Dicha prima será devuelta mediante solicitud por escrito del contratante en un plazo no mayor a 30 días hábiles contados a partir de la recepción de la solicitud.

En caso de que alguno de los asegurados que forman parte de la póliza, incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisiones, GNP podrá rescindir el Contrato en términos de lo previsto por el Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro (**Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx**), devolviendo la prima no devengada correspondiente.

En caso de que el asegurado titular y/o contratante decida cancelar el contrato de seguro, GNP no podrá negar o retrasar el trámite de la cancelación sin que exista causa justificada o impedimento legal, en cuyo caso se considera cancelado el contrato de seguro a partir del día en que GNP reciba la petición de cancelación.

El contratante podrá solicitar la cancelación mediante la presentación de una solicitud por escrito en las oficinas de GNP, por el mismo medio por el cual se contrató el seguro o bien por cualquier medio acordado entre el contratante y GNP. GNP verificará la autenticidad de la identidad de quien formule la petición de cancelación, mediante documento o medio acordado para tal fin. Posterior a ello, GNP proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio para cualquier aclaración o duda posterior.

Prescripción

Todas las acciones derivadas de este contrato de seguro prescriben a los 2 años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen (Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). **(Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx).**

El plazo mencionado con anterioridad no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor. (Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). **(Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx).**

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, asimismo, se suspenderá en los casos previstos en la Ley.

Moneda

Todas las obligaciones de pago de este contrato serán pagadas en Moneda Nacional.

Los gastos cubiertos que se originen en el extranjero se reembolsarán de acuerdo al tipo de cambio, estipulado por el Banco de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación para la moneda y la fecha en la que el asegurado haya recibido los servicios médicos.

Periodo para informar la ocurrencia de la enfermedad y/o accidente

Tan pronto como el asegurado tenga conocimiento de la enfermedad y/o accidente, deberá informarlo a GNP, utilizando los formatos establecidos para tales efectos.

Salvo disposición en contrario de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el asegurado o beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito, en caso fortuito o fuerza mayor, se deberá informar tan pronto como desaparezca el impedimento.

Forma de pago

El contratante podrá optar por el pago fraccionado de la prima: semestral, trimestral o mensual. A estos pagos parciales se les aplicará una tasa de financiamiento previamente pactada entre GNP y el asegurado en la fecha de celebración del contrato.

Cuando la transacción sea con cargo a tarjeta de débito o crédito, cuenta bancaria, o mediante transferencia o depósito bancario, el estado de cuenta, recibo, comprobante, folio o número de confirmación de la transacción que corresponda hará prueba plena del pago hasta en tanto GNP entregue el comprobante de pago correspondiente.

Plazo para el pago

La prima vence y podrá ser pagada en el momento de la celebración del contrato. El plazo para el pago de la misma o de la fracción correspondiente será según se establezca en el comprobante de pago.

Si las partes optan por el pago en forma fraccionada, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, venciendo éstos a las doce horas del primer día de la vigencia del periodo que comprendan.

“Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pagos en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de 30 días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento”.

Por lo que, en caso de incumplimiento del pago en cualquiera de sus modalidades, el contrato se resolverá de pleno derecho y sin necesidad de declaración judicial.

El asegurado recibirá los beneficios establecidos en la póliza cuando se encuentre en el periodo de gracia.

En caso de indemnización, GNP podrá deducir de ésta, el total de la prima pendiente de pago, hasta completar la prima correspondiente del periodo del seguro contratado.

Las primas convenidas deberán ser pagadas en el lugar establecido en el contrato y a falta de convenio expreso, en las oficinas de GNP, contra la entrega del recibo correspondiente.

Interés moratorio

En caso de que la compañía no realice el pago de la indemnización que corresponda dentro de los treinta días siguientes a la entrega a satisfacción de GNP por parte del asegurado de toda la documentación e información que se le haya requerido y que le permita a la Institución conocer la procedencia de la reclamación en términos de lo establecido en el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. GNP deberá pagar a quien corresponda, una indemnización por mora, de acuerdo con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. **(Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx).**

Edad

Los límites de edad de aceptación para este contrato son desde el nacimiento hasta los 64 años, en caso de renovación, no aplicarán estos límites.

Si al momento de celebrar este contrato el asegurado presenta pruebas fehacientes de su edad, la compañía no podrá exigirle con posterioridad nuevas pruebas.

Si por su edad algún asegurado queda fuera de los límites fijados por este contrato, GNP podrá rescindir los beneficios de esta póliza para este asegurado. GNP devolverá al contratante el 60% de la prima de ese asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza, sin incluir el derecho de póliza. GNP ejercerá esta acción al momento de conocer el hecho.

Si el asegurado hubiese pagado una prima mayor a la de su edad real, GNP devolverá al contratante el 60% de la prima que hubiese pagado en exceso calculada a partir de la fecha en la que GNP tenga conocimiento.

El nuevo monto de la prima se fijará de acuerdo a la edad real del asegurado.

Si el asegurado hubiese pagado una prima inferior a la de su edad real, GNP solamente estará obligada a pagar los gastos cubiertos en la proporción existente entre la prima estipulada y la prima de tarifa que corresponda a su edad real. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de celebración del contrato. (Artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). **(Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx).**

Ocupación

Si el asegurado cambia a una ocupación de mayor riesgo, deberá avisar por escrito a GNP. En cuyo caso, GNP se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone por dicha ocupación.

Si GNP acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, o bien, excluirá las enfermedades y/o accidentes derivados de la nueva ocupación.

Si el asegurado no avisa por escrito a GNP, ésta no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive del nuevo riesgo.

Residencia

Para efectos de este contrato solamente estarán protegidos por este seguro los asegurados que vivan permanentemente en la República Mexicana. El contratante y/o asegurado titular tienen la obligación de notificar a GNP el lugar de residencia de sus dependientes económicos cuando éstos no vivan en el mismo domicilio del titular.

Si el asegurado permanece en el extranjero por más de tres meses y hasta un máximo de 12 meses continuos, deberá informar previamente a GNP y pagar una prima adicional. Si el asegurado no cumple con esta disposición o excede el término mencionado, cesarán automáticamente los efectos de este contrato.

GNP podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la residencia o el tiempo de estancia en el extranjero al momento de la reclamación para atención fuera del territorio nacional.

Omisiones o inexactas declaraciones

Por ser la base para la apreciación del riesgo a contratar, es obligación del asegurado o representante de éste, declarar por escrito en los formularios previamente elaborados por GNP, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato. (Artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). **(Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx).**

Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado. (Artículo 9 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). **(Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx).**

Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario. (Artículo 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). **(Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx).**

En caso de omisión, inexacta o falsa declaración del asegurado y/o representante de éste, al momento de anotar las declaraciones en la solicitud de seguro de gastos médicos, cuestionarios adicionales y anexo de la solicitud de seguro de gastos médicos respectivo, GNP podrá rescindir el contrato de pleno derecho aunque no hayan influido en la realización del siniestro. (Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). **(Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx).**

Extinción de obligaciones

Las obligaciones de GNP quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). **(Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx).**

Agravación del riesgo

El asegurado deberá comunicar a GNP las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de GNP en lo sucesivo. (Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). **(Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx).**

En caso de que, en el presente o en el futuro, el(los) contratante(s), asegurado(s) o beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley. Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de GNP, si el(los) contratante(s), asegurado(s) o beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier Artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) contratante(s), asegurado(s) o beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista emitida en términos de la disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o disposición Septuagésima Séptima del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. **(Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx).**

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que GNP tenga conocimiento de que el nombre del (de los) contratante(s), asegurado(s) o beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

GNP pondrá a disposición de la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este contrato de seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será puesta a disposición de la autoridad correspondiente.

Cuando el contratante y/o asegurado titular informe a la compañía la agravación esencial del riesgo, la compañía tendrá la posibilidad de revalorar el riesgo y notificar al contratante si continúa el seguro adquirido o se rescinde el contrato, de conformidad con el Artículo 56 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. **(Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx).**

Artículo 56 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro **(Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx):** "Cuando la empresa aseguradora rescinda el contrato por causa de agravación esencial del riesgo, su responsabilidad terminará quince días después de la fecha en que comunique su resolución al asegurado".

La notificación de rescisión se podrá realizar por escrito en el último domicilio del contratante conocido por GNP o bien por cualquier medio acordado entre el contratante y GNP.

Suma asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de GNP estipulado en la carátula de la póliza, aplicará por asegurado y por cada año vigencia de la póliza.

Pago de indemnizaciones

En caso de solicitar el pago de una reclamación, el asegurado deberá de presentar la siguiente documentación:

- Identificación oficial con fotografía del asegurado o beneficiario, según sea el caso.
- Formato de aviso en caso de accidente o enfermedad.
- Formato de informe médico.
- Recetas, análisis y estudios de laboratorio y/o gabinete.
- Comprobantes de pago de todos los gastos que se hayan erogado.
- En caso de tratarse de la Cobertura de la madre asegurada y del Beneficio adicional con costo Maternidad plus personalizada, deberá de presentar adicionalmente el formato de notificación para ayuda de parto o cesárea, así como constancia de nacimiento o acta de alumbramiento del recién nacido.
- En caso de tratarse del Beneficio adicional con costo Respaldo hospitalario, deberá de presentar adicionalmente el formato para reembolso de accidente o enfermedad, así como la documentación que avale el periodo de estancia en el hospital.

- En caso de tratarse del Beneficio adicional con costo Respaldo por fallecimiento, deberá de presentar adicionalmente acta o certificado de defunción, así como la designación de beneficiarios, si la tuviera.
- En caso de tratarse del Beneficio adicional con costo Cláusula familiar, deberá presentar el formato de aplicación para el beneficio de cláusula familiar o protección familiar y actas de nacimiento del titular y dependientes. En caso de que el beneficio sea por fallecimiento presentar acta o certificado de defunción, si el beneficio es por invalidez, presentar todos los exámenes, análisis y documentos, que corroboren el diagnóstico de la enfermedad y/o accidente, así como la valoración por un médico certificado y especialista en la materia con cédula profesional que al menos contenga: fechas de ocurrencia, descripción del evento, evolución de la enfermedad o accidente, el estado actual del asegurado respecto a estado físico, mental, intelectual, y/o sensorial, su grado de afectación, los tratamientos recibidos, tratamiento terapéutico aplicable, así como pronóstico funcional para la vida, actividades cotidianas y el trabajo; que sirvan como base para determinar su invalidez total y permanente.
- En caso de tratarse de una Segunda opinión médica, deberá presentar el formato para el beneficio de segunda y/o tercera opinión médica.
- Formato único de información bancaria para el pago vía transferencia electrónica.
- Actas del ministerio público en caso de que exista intervención por parte de las autoridades.

Los formatos previamente mencionados, se encuentran disponibles en la página **gnp.com.mx**, mismos que forman parte integrante de este contrato o en la línea única de atención a clientes, **Línea GNP** al 55 5227 9000.

Adicionalmente y de manera excepcional, GNP tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. (Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). **(Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx)**. Una vez recibidos todos los documentos, datos e informes que permitan a GNP dictaminar si procede una indemnización, GNP le pagará al asegurado titular o a la persona designada por éste en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la fecha de recepción de documentos.

GNP no pagará gasto alguno a instituciones de caridad, beneficencia o asistencia social que no exijan remuneración por sus servicios; ni a establecimientos que no expidan recibos con todos los requisitos fiscales.

GNP sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras independientes titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del asegurado y se pueda corroborar en el expediente clínico con la nota y firma respectiva.

De igual manera, GNP sólo pagará los gastos de hospitalización en hospitales, clínicas o sanatorios debidamente autorizados por las autoridades correspondientes. El cálculo de los honorarios para el equipo quirúrgico, en territorio nacional, será de la siguiente manera:

Cirujano	La cantidad que aparece en el tabulador para este concepto
Anestesiólogo	30% de lo tabulado para el cirujano
Primer Ayudante	20% de lo tabulado para el cirujano
Segundo Ayudante	10% de lo tabulado para el cirujano

Los honorarios de los médicos expectantes se cubrirán a decisión de GNP, bajo el siguiente cálculo: 20% de lo tabulado para el cirujano.

En caso de tener contratado algún Beneficio adicional con costo a la Cobertura básica y con cobertura en territorio extranjero, los honorarios médicos para el equipo quirúrgico se pagarán de acuerdo al Gasto UCR (Usual, Customary & Reasonable).

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al asegurado dos o más operaciones en una misma región anatómica, GNP únicamente pagará el importe de la mayor, o una de ellas, cuando las cantidades estipuladas sean iguales.

Si el cirujano efectúa otra intervención diferente a la principal en una región anatómica distinta en una misma sesión quirúrgica, los honorarios de la segunda intervención se pagarán al 50% de lo estipulado en la tabla de honorarios médicos para territorio nacional. En caso de tener contratado algún Beneficio adicional con costo a la Cobertura básica y con cobertura en territorio extranjero, se pagarán de acuerdo al Gasto UCR (Usual, Customary & Reasonable). Cualquier otra intervención adicional no quedará cubierta.

Si en una misma sesión quirúrgica se requiere de un cirujano de diferente especialidad, se sumará un 25% adicional a lo tabulado para la cirugía principal, de acuerdo con lo estipulado en la tabla de honorarios médicos para territorio nacional. El monto resultante se repartirá equitativamente entre ambos equipos quirúrgicos, a excepción de los honorarios médicos del anestesiólogo, que serán cubiertos hasta un máximo del 32% de lo tabulado originalmente para la cirugía principal, de acuerdo con lo estipulado en la tabla de honorarios médicos para territorio nacional. En caso de tener contratado algún Beneficio adicional con costo a la Cobertura básica y con cobertura en territorio extranjero, se pagarán de acuerdo al Gasto UCR (Usual, Customary & Reasonable).

Si un cirujano de diferente especialidad realiza otra intervención quirúrgica diferente a la principal en una región anatómica distinta, los honorarios del segundo cirujano se cubrirán al 100% de lo estipulado en la tabla de honorarios médicos para territorio nacional. En caso de tener contratado algún Beneficio adicional con costo a la Cobertura básica y con cobertura en territorio extranjero, se pagarán de acuerdo al Gasto UCR (Usual, Customary & Reasonable). Cualquier otra intervención no quedará cubierta.

Cuando sea necesaria la reconstrucción quirúrgica de varios elementos (neurorrafias, arteriorrafias, tenorrafias) en la misma sesión y por la misma incisión, se pagará el importe máximo entre el 100% del tabulado para la más elevada o el 50% del tabulado para la más elevada y el 25% del monto tabulado para las restantes de acuerdo con la tabla de honorarios médicos para territorio nacional. En caso de tener contratado algún Beneficio adicional con costo a la Cobertura básica y con cobertura en territorio extranjero, se pagarán de acuerdo al Gasto UCR (Usual, Customary & Reasonable).

Cuando en una misma hospitalización se traten 2 padecimientos, o se realicen 2 cirugías, de los cuales uno esté cubierto y el otro no, o se detecten gastos relacionados con la atención o tratamiento de una enfermedad no cubierta, se pagará la reclamación de la siguiente manera:

- Honorarios médicos: de acuerdo a lo estipulado para la enfermedad cubierta, en la tabla de honorarios médicos para territorio nacional. En caso de tener contratado algún Beneficio adicional con costo a la Cobertura básica y con cobertura en territorio extranjero, se pagarán de acuerdo al Gasto UCR (Usual, Customary & Reasonable).
- Anestesiólogo, ayudante, etc.: de acuerdo a las políticas y porcentajes establecidos en la tabla de honorarios médicos para padecimientos cubiertos en territorio nacional. En caso de tener contratado algún Beneficio adicional con costo a la Cobertura básica y con cobertura en territorio extranjero, se pagarán de acuerdo al Gasto UCR (Usual, Customary & Reasonable).
- Hospital: se pagará el 60% del gasto hospitalario.

Para intervenciones cardiovasculares, que requieran bomba extracorpórea, el cálculo de los honorarios para el equipo quirúrgico en territorio nacional, será de la siguiente manera:

Cirujano	La cantidad que aparece en el tabulador para este concepto
Anestesiólogo	30% de lo tabulado para el cirujano
Ayudantía	30% de lo tabulado para el cirujano
Cardiólogo intensivista	14% de lo tabulado para el cirujano
Técnico de bomba extracorpórea	10% de lo tabulado para el cirujano
Instrumentista	4% de lo tabulado para el cirujano

Los honorarios de los médicos expectantes se cubrirán a decisión de GNP, bajo el siguiente cálculo: 20% de lo tabulado para el cirujano.

En caso de tener contratado algún Beneficio adicional con costo a la Cobertura básica y con cobertura en territorio extranjero, se pagarán de acuerdo al Gasto UCR (Usual, Customary & Reasonable).

En aquellos procedimientos en que sea necesario practicar la misma cirugía en ambos lados del cuerpo, siempre y cuando no esté especificado en la tabla de honorarios médicos que se trata de un procedimiento bilateral, se cubrirán los honorarios médicos calculando un 50% más sobre lo tabulado para territorio nacional o en caso de tener contratado algún Beneficio adicional con costo a la Cobertura básica y con cobertura en territorio extranjero, se pagarán de acuerdo al Gasto UCR (Usual, Customary & Reasonable).

Los honorarios médicos de los procedimientos realizados por vía endoscópica serán calculados con un 10% más de lo tabulado para la vía convencional, siempre y cuando no se especifique en la tabla de honorarios médicos que se trata de un procedimiento endoscópico para territorio nacional o en caso de tener contratado algún Beneficio adicional con costo a la Cobertura básica y con cobertura en territorio extranjero, se pagarán de acuerdo al Gasto UCR (Usual, Customary & Reasonable).

Periodo de beneficio

GNP pagará los gastos complementarios por cada enfermedad y/o accidente cubierto, incurridos durante la vigencia de la póliza, de conformidad con las condiciones del plan vigente al momento en que se haya generado el gasto para el restablecimiento de la salud biológica del asegurado, teniendo como límite lo que ocurra primero entre:

- a) El agotamiento de la suma asegurada.
- b) El monto de los gastos incurridos durante la vigencia de la póliza y hasta por 30 días naturales posteriores al término de la misma. Si el asegurado renueva su póliza de seguro de gastos médicos individual para el periodo inmediato siguiente al del vencimiento de esta póliza, el periodo de beneficio se entenderá prorrogado por otros 365 días. Dicha prórroga también será aplicable en caso de cambio de plan solicitado por el asegurado y aceptado por GNP. Lo anterior siempre y cuando el nuevo plan cubra la enfermedad y/o accidente dentro de la Cobertura básica.
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad y/o accidente que haya afectado al asegurado.
- d) En caso de cancelación del contrato, los gastos incurridos hasta 30 días naturales posteriores a la fecha de cancelación del contrato.

Otros seguros

Si al momento de la reclamación las coberturas otorgadas en esta póliza estuvieran amparadas total o parcialmente por otros seguros, en esta u otras aseguradoras, el asegurado no podrá recibir más del 100% de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios. Es obligación del asegurado presentar a GNP fotocopia de pagos, comprobantes y finiquito que le haya(n) expedido otra(s) aseguradora(s) con relación al evento del cual solicite la indemnización.

Comisiones

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Competencia

En caso de controversia, el contratante, asegurado y/o beneficiario podrán hacer valer sus derechos ante cualquiera de las siguientes instancias:

- a) La Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de GNP, o
- b) La Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección determinar la competencia por territorio en razón del domicilio de cualquiera de sus Delegaciones, en términos de los artículos 50 bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. **(Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx).**

En caso de que se hayan dejado a salvo los derechos del contratante, asegurado y/o beneficiario, éstos podrán hacerlos valer ante los Tribunales competentes de la Jurisdicción que corresponda a cualquiera de los domicilios de las Delegaciones Regionales de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, queda a elección del contratante, asegurado y/o beneficiario acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados Tribunales.

En el supuesto de que el contratante, asegurado y/o beneficiario así lo determinen, podrán hacer valer sus derechos conforme a lo estipulado en la Cláusula de Arbitraje de las Condiciones generales de la póliza.

Arbitraje

En caso de ser notificado de la improcedencia de su reclamación como consecuencia de una enfermedad preexistente por parte de la institución de seguros, el reclamante podrá optar por acudir ante una persona física o moral que sea designada por las partes de común acuerdo, a un arbitraje privado.

GNP acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento del mismo, el cual vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir su controversia.

El procedimiento de arbitraje estará establecido por la persona asignada por las partes de común acuerdo, quienes firmarán un convenio arbitral. El laudo que emita el árbitro vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por GNP.

Subrogación

De conformidad con el Artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro **(Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx)**, la empresa aseguradora que pague la indemnización se subrogará hasta la cantidad pagada en todos los derechos y acciones contra terceros, que por causa del daño sufrido correspondan al asegurado. La empresa podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del asegurado. Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el asegurado y GNP concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

Límite de responsabilidad de GNP

En los términos de esta póliza, queda entendido que el asegurado y/o beneficiario eligen libre y voluntariamente el hospital, los médicos que le atienden y en general cualquier servicio descrito en este contrato que tenga por objeto brindar atención médica; independientemente de los convenios que estos prestadores de servicios tengan o no celebrados con Grupo Nacional Provincial, S.A.B. sin que esto condicione el pago de los gastos procedentes a favor del asegurado y/o beneficiario de acuerdo con lo estipulado en el presente contrato.

Dado lo anterior se asume que la relación que establece el asegurado y/o beneficiario y cualquiera de los prestadores de servicios mencionados anteriormente, tiene carácter estrictamente personal, por lo que el vínculo contractual derivado de esa elección libre y voluntaria se establece únicamente, entre tales prestadores de servicios, hospitales y médicos con el asegurado y/o beneficiario, por lo que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. no responderá de manera alguna por cualquier práctica o atención médica, así como por cualquier responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otro tipo, que pueda surgir entre ellos. El contenido de esta Cláusula tiene aplicación a todos y cada uno de los conceptos y servicios derivados de esta póliza, incluyendo cualquier beneficio adicional contratado.

Principio y fin de vigencia

La vigencia de esta póliza principia y termina en la fecha y hora indicada en la carátula de la póliza de la misma, salvo que exista una nueva versión de dicha póliza.

Versión de la póliza

Las modificaciones que se hagan al presente contrato, con posterioridad a la fecha de inicio de su vigencia, constarán en versiones subsecuentes, conservando el mismo número de póliza y adicionando a ésta el número de versión consecutiva que corresponda.

Los cambios que se hagan al contrato, y que se constaten en cada nueva versión, surtirán efectos legales en términos de lo establecido por los artículos 25 y 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro (**Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx**), quedando sin efectos legales todas las versiones anteriores que obren en poder del contratante, salvo las estipulaciones que no hayan sido modificadas, las cuales serán reproducidas en su totalidad en la nueva versión, no aplicando para ellas lo establecido en los preceptos legales que se indican en esta Cláusula.

Beneficios fiscales

Constituyen deducciones personales para el asegurado las primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social, siempre que el beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes, en línea recta. (Artículo 151, fracción VI de la Ley del Impuesto sobre la Renta). (**Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx**).

Rehabilitación

En el caso que este contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el contratante podrá solicitar su rehabilitación y GNP la podrá otorgar, respetando la vigencia originalmente pactada, de acuerdo a sus políticas de aceptación y de rehabilitación vigentes, y bajo los siguientes requisitos:

- Presentar los documentos necesarios establecidos por GNP para solicitar su rehabilitación.
- Presentar los requisitos de asegurabilidad que GNP determine para la evaluación de su estado de salud.

El contrato se considerará rehabilitado a partir del día en que GNP lo autorice y lo comunique por escrito al contratante.

En ningún caso, GNP responderá por enfermedades y/o accidentes ocurridos durante el periodo al descubierto.

Cambios de plan

En caso de que el asegurado solicite un cambio de plan, deberá de presentar la solicitud de seguro de gastos médicos, cuestionarios adicionales y anexo a la solicitud de seguro y la aceptación del cambio estará sujeta a la aprobación por parte de GNP de acuerdo con las políticas de cambio de plan vigentes.

En caso que el asegurado solicite un cambio de plan, GNP no garantizará:

- El cambio sin requisitos de asegurabilidad.
- Los periodos de espera del plan anterior.

En caso de ser aceptado el cambio de plan, se le reconocerá la antigüedad, ya sea nacional y/o internacional, dependiendo de la Cobertura básica de ambos planes.

Las condiciones para el pago de reclamaciones se establecen de acuerdo con lo estipulado en la Cláusula de período de beneficio.

Nivel de riesgo

GNP podrá clasificar al asegurado en un nivel de riesgo de acuerdo con sus políticas de aceptación vigentes. Dicha clasificación estará basada en el análisis de la información proporcionada por el asegurado.

El nivel de riesgo que GNP haya determinado se considerará para el cálculo de la prima correspondiente para cada asegurado. Esta clasificación se establecerá a la contratación o en cada renovación de su póliza.

Uso de medios electrónicos

En términos de lo dispuesto por el Artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y el Capítulo 4.10 de las Disposiciones de la Circular Única de Seguros y Fianzas, el contratante y/o asegurado podrán hacer uso de los medios electrónicos que La Compañía pone a su disposición y que se regulan a través del documento denominado “Términos y Condiciones del Uso de Medios Electrónicos” cuya versión vigente se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica **gnp.com.mx**. **(Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx)**.

Para efectos de lo establecido en la presente Cláusula, se entiende como uso de medios electrónicos a la utilización de equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones para la celebración del contrato de seguro, operaciones de cualquier tipo relacionadas con el contrato de seguro, prestación de servicios y cualesquiera otros que sean incluidos en los “Términos y Condiciones del Uso de Medios Electrónicos” en sustitución de la firma autógrafa.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con su seguro, le sugerimos ponerse en contacto con la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., ubicada en Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04200, por los siguientes medios: Llamando al teléfono 55 5227 9000 para la Ciudad de México e Interior de la República o enviando correo electrónico a la dirección: **unidad.especializada@gnp.com.mx**; o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, al teléfono 55 5340 0999 para la Ciudad de México e Interior de la República, al correo electrónico: **asesoria@condusef.gob.mx** o visite la página **condusef.gob.mx**.

Para conocer el domicilio de la oficina más cercana a su ubicación, los horarios de atención y el tipo de operaciones que podrá realizar en cada una de ellas consulte la página de internet **gnp.com.mx** o comuníquese al 55 5227 9000 para la Ciudad de México e Interior de la República.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 12 de julio de 2024, con el número CNSF-S0043-0269-2024/CONDUSEF-006331-03”.

9. ¿Qué hacer en caso de reclamación?

Introducción

Usted cuenta ahora con la protección de un seguro de gastos médicos de Grupo Nacional Provincial (GNP). Queremos que obtenga el máximo beneficio de su póliza y que nos dé la oportunidad de servirle con calidad y eficiencia. Para ello, le pedimos que tome en cuenta lo siguiente:

- **LEA** cuidadosamente la sección de condiciones de su póliza. Recuerde que en todo seguro de gastos médicos, algunas enfermedades **REQUIEREN** de un periodo de espera y otras **NO** están cubiertas. Cerciórese de saber cuáles son unas y otras. Conozca los términos de deducible, coaseguro y participaciones adicionales de su póliza. Conocer esta información le evitará confusiones y agilizará los trámites que requiera efectuar.
- **LLEVE** siempre consigo la **tarjeta Seguro médico GNP** la cual deberá descargar de la **APP Soy Cliente GNP** o solicitarla de manera física a su agente. Esta tarjeta, acompañada de una identificación oficial con fotografía, le permitirá ingresar a los hospitales en convenio de pago directo con GNP, más fácil y rápidamente, le sugerimos verificar en el hospital al que usted vaya a acudir si es que le solicitan depósito y el monto de éste. Al llegar al departamento de admisión, proporcione todos los datos que le soliciten.

Recuerde que su **tarjeta Seguro médico GNP** le ofrece atractivos descuentos con todos los proveedores de GNP.

- **IDENTIFÍQUESE** con el médico como asegurado de GNP con su **tarjeta Seguro médico GNP** (física o digital) al momento de ir a consulta.
- **ASEGÚRESE** que la prima correspondiente a su seguro haya sido pagada. De no ser así, sus gastos por atención médica no serán cubiertos por el seguro. Si no ha pagado la prima de su póliza, su reclamación deberá tramitarla bajo la modalidad de Reembolso posterior a haber efectuado el pago correspondiente.
- **VERIFIQUE** que todos los documentos que se envíen a GNP estén en buen estado; En caso de presentar algún documento con tachaduras o enmendaduras este **NO** será válido.
- **COMUNÍQUESE** a **Línea GNP** donde le proporcionarán toda la información que usted requiera.

(55) 5227 9000

Ciudad de México e interior de la República
Resto del mundo (Llamada por cobrar a través de operadora)

1 800 807 5697

Sin costo dentro de Estados Unidos

NOTA: Todos los formatos que serán mencionados a continuación, usted los podrá encontrar en gnp.com.mx en la sección "SOY CLIENTE GNP", apartado "Servicios" opción "Formatos para siniestros"

Al elegir libremente el hospital y médico(s) que le atiendan, usted establece una relación contractual con ellos. El hospital y el(los) médico(s) serán los únicos responsables ante usted por la atención médica que le proporcionen.

GNP no tendrá responsabilidad profesional ni legal derivada de esta relación.

Primer contacto

Si usted tiene contratado el acceso hospitalario con modalidad esencial y requiere atención médica de una enfermedad y/o accidente, será necesario como primer paso se comuniquen con Médica Móvil de manera directa o través de la **Línea GNP**, a los números que más adelante se detallan, o a través de la APP Soy Cliente GNP para que el equipo lo oriente respecto al tipo de servicio que el asegurado requiera.

Programación de cirugías, tratamientos médicos y servicios

En esta modalidad, si usted y su médico programan una cirugía, tratamiento médico y/o servicio (incluyendo cirugías ambulatorias con estancia menor a 24 horas en el hospital, clínica o sanatorio), obtiene grandes beneficios como:

- Conocer con anticipación si su tratamiento está o no cubierto.
- No desembolsar cantidad alguna de los gastos procedentes, ya que su seguro paga directamente al hospital, clínica o sanatorio y a los especialistas en convenio de pago directo con GNP; En caso de que su médico no tenga un convenio de pago directo con GNP, se autorizará hasta el tabulador de honorarios médicos correspondiente al nivel de tabulador médico contratado.

Solamente quedarán a su cargo el deducible y coaseguro de acuerdo a las políticas de aplicación de los mismos, así como gastos personales y participaciones adicionales, en caso de aplicar.

Llame a la **Línea GNP**, donde le informarán sobre los hospitales y especialistas con convenio de pago directo con GNP que usted eligió, o consúltelos en **gnp.com.mx**, sección "SOY CLIENTE GNP".

Si usted tiene contratados los beneficios adicionales de Enfermedades catastróficas en el extranjero y/o Atención en el extranjero y requiere recibir atención médica fuera del territorio nacional, es requisito indispensable programar su cirugía, tratamiento y/o servicio mediante esta modalidad.

A continuación se detallan todo el proceso y requisitos que usted deberá de cumplir para programar su cirugía, tratamiento médico y/o servicio.

Territorio nacional

- Informe médico**, que el médico que le atienda deberá llenar y firmar. En caso de que en la cirugía intervengan dos o más médicos, deberá entregar un informe médico por cada uno de ellos. **Verifique que lo declarado en dicho(s) documento(s) sea correcto, ya que posteriormente no se aceptaran cambios.**
El informe médico deberá de ser actualizado cada 6 meses.
- Receta(s) médica(s), las cuales usted deberá de entregar en cada una de las programaciones, para el caso de medicamentos y/o material de curación. En caso de antibióticos, deberá entregar copia simple de la receta médica, **la cual no deberá ser mayor a 30 días, a partir de que se emitió la receta y se proporcione el medicamento.**
- Aviso de accidente o enfermedad**, el cual usted deberá llenar y firmar.
- Resultados de análisis y estudios preoperatorios, de laboratorio o gabinete incluyendo su interpretación (pruebas de laboratorio, estudio histopatológico, tomografías, radiografías, resonancia magnética, etc.).
- Nombres de los integrantes del equipo médico o quirúrgico, el Registro Federal de Contribuyentes (RFC) de cada uno de ellos y los números de teléfono celular y/o particular donde puedan ser localizados.
- Presupuesto desglosado por cada integrante del equipo médico o quirúrgico.
- Indicar claramente el número de sesiones de que consta el tratamiento médico o quirúrgico.

Recuerde que la modalidad de Programación de cirugías, tratamientos médicos y servicios procede únicamente si el monto total del tratamiento, cirugía o servicio es mayor al deducible de su póliza.

Una vez que cuente con toda la documentación requerida por parte de GNP, háganosla llegar al menos **CINCO DÍAS HÁBILES** antes de su cirugía, tratamiento médico y/o servicio, a través de su agente o de la **APP Soy Cliente GNP**. Si tiene duda sobre el procedimiento o dónde presentar su reclamación, comuníquese a la **Línea GNP**, donde con gusto le atenderemos.

Al recibir GNP su documentación, le asignará un número de folio, el cual indica que su solicitud está siendo procesada por GNP y recibirá un comprobante señalando la fecha de entrega de respuesta.

Si el(los) especialista(s) que eligió no tiene(n) un convenio de pago directo con GNP, usted deberá pagarle directamente los honorarios médicos. Éstos serán reembolsados por GNP de acuerdo a las condiciones y límites de la póliza que contrató.

Si su solicitud es aprobada, le entregaremos su carta pase CINCO DÍAS HÁBILES después de haber recibido su documentación. Esta carta pase asegura exclusivamente el pago de la cirugía, tratamiento médico y/o servicio solicitados. En caso de que su reclamación no llegue a proceder, le entregaremos una carta aclarando el motivo de la NO procedencia.

Entregue la carta pase en el hospital, clínica o sanatorio el día que ingrese, de acuerdo a lo siguiente:

- Original para el departamento de admisión.
- Copia para su médico o caja de médicos.
- Copia para usted, la cual deberá conservar.

Si la cirugía no requiere hospitalización, entregue el original al médico tratante.

De esta manera, nosotros cubrimos los gastos por usted.

La disponibilidad de la habitación dependerá de la capacidad del hospital y su nivel de saturación, por lo que recomendamos programar su cirugía con oportunidad y usted o su médico tratante deben hacer la reservación de la habitación en el hospital.

Si usted elige un cuarto diferente al estipulado en el contrato, el hospital le cobrará la diferencia, así como los gastos no cubiertos por su póliza.

Si por alguna razón, usted ya pagó por la cirugía, tratamiento médico y/o servicio, deberá de ingresar su trámite bajo la modalidad de Reembolso.

Territorio Extranjero

a) **Informe médico** que el médico especialista que lo refiere al extranjero deberá de llenar en su totalidad y firmar. **Verifique que lo declarado en dicho(s) documento(s) sea correcto, ya que posteriormente no se aceptaran cambios.**

El informe médico deberá de ser actualizado cada 6 meses.

b) Receta(s) médica(s), las cuales usted deberá de entregar en cada una de las programaciones, para el caso de medicamentos y/o material de curación. En caso de antibióticos, deberá entregar copia simple de la receta médica, **la cual no deberá ser mayor a 30 días, a partir de que se emitió la receta y se proporcione el medicamento.**

c) **Aviso de accidente o enfermedad**, el cual usted deberá llenar y firmar.

d) Historia clínica de la enfermedad actual, la cual se la deberá de solicitar a su médico tratante.

e) Resultados de análisis y estudios preoperatorios, de laboratorio o gabinete incluyendo su interpretación (pruebas de laboratorio, estudio histopatológico, tomografías, radiografías, resonancia magnética, etc.).

f) Nombre del hospital, ciudad y teléfono en donde se practicará la intervención quirúrgica.

g) Nombre de los integrantes del equipo médico o quirúrgico y los números de teléfono celular y/o particular donde puedan ser localizados.

h) Nombre, teléfono y Registro Federal de Contribuyentes (RFC) del médico que lo atendió en México.

- i) Fecha en la que efectuará el tratamiento médico y/o quirúrgico.
- j) Presupuesto, desglosado por cada miembro del equipo médico o quirúrgico.

Una vez que cuente con toda la documentación requerida por parte de GNP háganosla llegar **al menos DIEZ DÍAS HÁBILES** antes de su cirugía, tratamiento médico y/o servicio, a través de su agente o de la **APP Soy Cliente GNP**. Si tiene duda sobre el procedimiento o dónde presentar su reclamación, comuníquese a la **Línea GNP**, donde con gusto le atenderemos.

Al recibir su documentación, se le asignará un número de folio, el cual indica que su solicitud está siendo procesada por GNP y recibirá un comprobante señalando la fecha de entrega de respuesta. En caso de que su reclamación no llegue a proceder, le entregaremos una carta aclarando el motivo de la NO procedencia.

GNP, se pondrá en contacto con el administrador en el extranjero para informarles sobre su ingreso, por lo que es muy importante que si desea realizar algún cambio nos lo notifique.

Le pedimos que firme la carta de asignación de beneficios (assignment benefits/release of medical information) que proporciona el hospital, o bien solicítela al administrador en el extranjero, con el fin de evitar contratiempos en el envío de su documentación y en el pago de sus facturas.

La disponibilidad de la habitación dependerá de la capacidad del hospital y su nivel de saturación, por lo que recomendamos programar su cirugía con oportunidad y usted o su médico tratante deben hacer la reservación de la habitación en el hospital.

Si usted elige un cuarto diferente al estipulado en el contrato, el hospital le cobrará la diferencia, así como los gastos no cubiertos por su póliza.

Si por alguna razón, usted ya pagó por la cirugía, tratamiento médico y/o servicio, deberá de ingresar su trámite bajo la **modalidad de Reembolso**.

Reporte desde el hospital

Esta modalidad consiste en que el asegurado reporte a GNP su ingreso al hospital, mismo que debe estar en convenio de pago directo con GNP o en caso de recibir atención en territorio extranjero el hospital deberá de estar dentro de la red del administrador en el extranjero, para obtener el beneficio de pago directo.

Si usted tiene contratado el beneficio adicional de Emergencia médica en el extranjero y requiere recibir atención médica fuera del territorio nacional, se aplican las políticas establecidas en condiciones generales para ese beneficio.

Este sistema opera únicamente en estancias mayores a 24 hrs.

ESTA MODALIDAD NO APLICA PARA LOS BENEFICIOS ADICIONALES DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO Y ATENCIÓN EN EL EXTRANJERO.

A continuación se detalla el proceso que usted deberá de cumplir en la modalidad de Reporte desde el hospital.

Territorio nacional

- Muestre su tarjeta Seguro médico GNP (física o digital) y una identificación oficial con fotografía al llegar a un hospital, clínica o sanatorio con convenio de pago directo con GNP.
- Proporcione al departamento de admisión todos los datos que le soliciten.
- Reporte de inmediato a GNP su ingreso al hospital, a través de la **APP Soy Cliente GNP** o llamando a la **Línea GNP**.

Al recibir su reporte, le proporcionarán su número de folio con el cual será atendido su trámite.

Al recibir GNP su reporte, le asignará un número de folio, el cual indica que su solicitud está siendo procesada.

Si no ha pagado la prima de su póliza o bien no ha sido posible recopilar la información médica y administrativa necesaria, no aplicará este servicio y su reclamación se tramitará por la modalidad de Reembolso, posterior a haber efectuado el pago de la prima de su póliza correspondiente.

Si durante su estancia en el hospital requiere mayor información o necesita algún servicio adicional, solicite un asesor personal de servicio en el centro de atención a asegurados, ubicados en los principales hospitales o bien, llame a la **Línea GNP**.

IMPORTANTE: La **tarjeta Seguro médico GNP** le permitirá el pase directo de admisión sin depósito en algunos hospitales. Sin embargo, deberá firmar un pagaré que tendrá que liquidar si no procediera el servicio de Reporte desde el hospital o si su enfermedad y/o accidente no está cubierto por la póliza.

Si usted elige un cuarto diferente al estipulado en el contrato, el hospital le cobrará la diferencia, así como todos los gastos no cubiertos por la póliza.

Territorio Extranjero

- Al llegar a un hospital haga el reporte de su ingreso al administrador en el extranjero. Esto iniciará el proceso para el pago directo de los gastos procedentes de su reclamación.

+ 1 877 248 3611

Sin costo dentro de Estados Unidos

+ 1 813 775 0452

Cualquier otro país del mundo, por cobrar
(Llamada por cobrar a través de operadora)

En caso de no reportarse, los gastos deberán ser tramitados bajo la modalidad de Reembolso.

IMPORTANTE: El reporte que usted realice, no implica la autorización del pago directo.

- Muestre su tarjeta del administrador en el extranjero (física o digital), una identificación oficial con fotografía y proporcione los datos que le sean requeridos al llegar a un hospital que está dentro de la red del administrador en el extranjero.

Le pedimos que firme la carta de asignación de beneficios (assignment benefits/release of medical information) que proporciona el hospital o bien, solicítela al administrador en el extranjero, con el fin de evitar contratiempos en el envío de su documentación y en pago de sus facturas.

GNP verificará la cobertura de su póliza y si procede, se enviará una carta de beneficios al administrador en el extranjero. En ésta se explican los montos no procedentes y la cobertura de su póliza. El administrador en el extranjero, garantizará el pago directo con los médicos y proveedores que lo atenderán.

Si su estancia es menor a 24 hrs, deberá pagar los gastos y tramitar su reclamación bajo la modalidad de Reembolso. Le pedimos que verifique que el balance de la cuenta aparezca en ceros a fin de evitar contratiempos en el pago del reembolso.

Reembolso

Esta modalidad aplica cuando usted ha pagado directamente a los prestadores de servicios médicos para cubrir los gastos originados por una enfermedad o accidente cubierto por su póliza.

Si usted tiene contratado los beneficios adicionales de Emergencia médica en el extranjero y/o Atención en el extranjero y requiere recibir atención médica fuera del territorio nacional, se aplicarán las políticas establecidas en condiciones generales para ese beneficio.

ESTA MODALIDAD NO APLICA PARA EL BENEFICIO ADICIONAL DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO.

A continuación se detallan todos los requisitos y el proceso que usted deberá de cumplir para procesar ágilmente su reembolso.

- **Informe médico**, que el médico que le atienda deberá llenar y firmar. **Verifique que lo declarado en dicho documento sea correcto, ya que posteriormente no se aceptaran cambios.**

El informe médico deberá de ser actualizado cada 6 meses.

- Todos los comprobantes de pago, factura(s) del hospital, factura(s) de honorarios médicos en la cual se indique el concepto a cobrar, factura(s) de farmacia con receta (copia simple en caso de antibióticos), estudios de laboratorio y gabinete, gastos erogados fuera del hospital, ambulancia, etc. los cuales deberán estar a nombre del asegurado afectado o bien a nombre del asegurado titular en caso de ser menor de edad.

Todos los comprobantes y/o facturas deben cumplir con los requisitos fiscales; En ningún caso es posible reembolsar gastos que no estén a nombre del asegurado afectado o bien del asegurado titular en caso de ser menor de edad; en este caso deberá especificar el nombre del paciente.

- **Aviso de accidente o enfermedad**, el cual usted deberá llenar y firmar.
- Bitácoras de servicios, en caso de solicitar reembolso por terapia(s) de rehabilitación, neurorrehabilitación y/o servicio(s) de enfermería, y las cuales deben contener: nombre del asegurado, número de póliza, diagnóstico médico definitivo, nombre del proveedor que da el servicio, número total de sesiones y/o número de días/horas de servicio de enfermería (especificando si es 8, 12 o 24hrs), fecha, así como la firma del proveedor y del asegurado.
- Historia clínica de la enfermedad actual, la cual se la deberá de solicitar a su médico tratante. Si estuvo hospitalizado, obtenga una fotocopia del resumen clínico de la hospitalización.
- Resultados de análisis y estudios preoperatorios, de laboratorio o gabinete incluyendo su interpretación (pruebas de laboratorio, estudio histopatológico, tomografías, radiografías, resonancia magnética, etc.).
- En caso de intervenir autoridades legales, presente copias del acta del ministerio público.

Si presenta dos reclamaciones simultáneas, entregue un **informe médico** y un **aviso de accidente o enfermedad por cada asegurado o enfermedad**. Es necesario que para agilizar sus trámites presente la información de cada enfermedad por separado (información médica y gastos).

En caso de recibir atención médica de diferentes especialistas para un mismo tratamiento médico o cirugía, solicite a cada uno de ellos un informe médico por separado. Estos informes médicos individuales le serán solicitados cuando presente su reclamación.

Recuerde que NO se aceptan comprobantes de pago de instituciones de beneficencia, pues la póliza no los cubre.

Una vez que cuente con toda la documentación requerida por parte de GNP háganosla llegar a través de su agente o de la **APP Soy Cliente GNP**. Si tiene duda sobre el procedimiento o dónde presentar su reclamación, comuníquese a la **Línea GNP**, donde con gusto le atenderemos.

GNP analizará y dictaminará su reclamación, en caso de proceder, le reembolsará los gastos autorizados hasta por el monto máximo a cubrir especificado en cada una de las coberturas de su póliza. En caso de que su reclamación no llegue a proceder, le entregaremos una carta aclarando el motivo de la NO procedencia.

Notificación de Ayuda para maternidad

Es una modalidad donde la asegurada, en lugar de solicitar se le cubran los gastos erogados a consecuencia de un parto normal o cesárea, podrá solicitar el monto indicado en la sección “Condiciones especiales” apartado “Ayuda para maternidad”, descritas en el certificado de cobertura por asegurado sin necesidad de entregar comprobantes de gasto. Para ello existen 2 opciones:

Aviso Previo

Consiste en solicitar previo al nacimiento, el monto correspondiente a la Cobertura de la madre asegurada. Los requisitos que debe de cumplir la asegurada para el pago de la indemnización son:

- Encontrarse entre la semana 30 y 37 del embarazo.
- **Formato de Ayuda para parto o cesárea**, totalmente requisitado.
- Copia de la identificación oficial de la asegurada.
- Interpretación del ultrasonido ginecológico, el cual deberá ser posterior a la semana 20 de gestación, y debe contener los datos de la madre asegurada, semanas de gestación y firma del médico especialista.
- **Formato único de información bancaria** para pago vía transferencia electrónica debidamente llenado ya sea del contratante, asegurado titular o madre asegurada.

Posterior al nacimiento

Consiste en solicitar el monto correspondiente a la Cobertura de la madre asegurada posterior al evento de maternidad. Los requisitos que debe de cumplir la asegurada para el pago de la indemnización son:

- **Formato de Ayuda para parto o cesárea**, totalmente requisitado.
- Copia de la identificación oficial de la asegurada.
- Acta de nacimiento o constancia de alumbramiento donde se encuentren los datos de la madre asegurada y del recién nacido.
- **Formato único de información bancaria** para pago vía transferencia electrónica debidamente llenado ya sea del contratante, asegurado titular o madre asegurada.

Una vez que cuente con toda la documentación requerida por parte de GNP háganosla llegar a través de su agente o de la **APP Soy Cliente GNP**. Si tiene duda sobre el procedimiento o dónde presentar su reclamación, comuníquese a la **Línea GNP**, donde con gusto le atenderemos.

GNP analizará y dictaminará su reclamación. En caso de proceder, le pagará el monto indicado en la sección “Condiciones especiales” apartado “Ayuda para maternidad”, descritas en el certificado de cobertura por asegurado. En caso de que su reclamación no llegue a proceder, le entregaremos una carta aclarando el motivo de la NO procedencia.

Segunda opinión médica

En caso de que usted requiera una segunda o tercera opinión médica deberá de cumplir con los siguientes requisitos:

- Formato para el beneficio de segunda y/o tercera opinión médica, donde deben de especificarse los motivos por los cuales solicita el beneficio.
- Documentación necesaria de acuerdo a la especialidad médica.
- Elección del médico especialista a través del directorio médico para segunda opinión médica.

Una vez que se cuente con la documentación completa, deberá ingresar la solicitud en **<https://aclaracionesqr-siniestros.gnp.com.mx/>**, en donde se le asignará un folio de seguimiento a través de una notificación vía correo electrónico.

El médico especialista valorará la información recibida y emitirá su opinión; en caso de que el médico requiera realizar una revisión física GNP le notificará al asegurado de esta situación para agendar la cita, misma que será sin costo para el asegurado.

Si tiene duda sobre el trámite, comuníquese a la **Línea GNP**, donde con gusto le atenderemos.

Emergencia médica en el Extranjero

En caso de tener contratado este beneficio adicional con costo a la cobertura básica y requiera atención médica o quirúrgica inmediata en territorio extranjero para la atención de una urgencia médica, podrá contar con el beneficio de **Pago directo. (Sólo opera para estancias hospitalarias mayores a 24 horas)**. Para ello es necesario:

- Ponerse en contacto con Médica Móvil, a través de la **Línea GNP** o la **APP Soy Cliente GNP**, para que este lo apoye con su requerimiento.
- Seguir el proceso descrito en el apartado Reporte desde el hospital.

IMPORTANTE: El reporte que usted realice, no implica la autorización del Pago Directo.

GNP analizará y dictaminará su reclamación de acuerdo a lo establecido para el beneficio adicional Emergencia médica en el extranjero, en caso de proceder, la aseguradora pagará directamente los gastos procedentes de hospital y honorarios médicos, a través del administrador en el extranjero. En caso de que su reclamación no llegue a proceder, le entregaremos una carta aclarando el motivo de la NO procedencia.

Si no requiere hospitalización (estancia menor a 24 hrs. en el hospital) o por alguna causa no procede el **Pago Directo**, usted asumirá el pago de los gastos. De ser así, obtenga todos los comprobantes y documentación que se señalan en el apartado **Reembolso**. A su regreso a México, le serán reembolsados los gastos cubiertos de acuerdo a las condiciones de su póliza, es importante que verifique que el balance de las cuentas aparezca en ceros a fin de evitar contratiempos en el pago del reembolso.

Enfermedades Catastróficas en el Extranjero

En caso de tener contratado este beneficio adicional con costo a la cobertura básica y requiera atención médica es necesario:

- Seguir el proceso y cumplir todos los requisitos descritos en el apartado **Programación de cirugías, tratamientos médicos y servicios**.

Con esta información y dependiendo de la enfermedad, se determinará la procedencia del evento.

Si su enfermedad es procedente, GNP le dará a conocer por escrito las opciones médico hospitalarias donde se le podría brindar el servicio, proporcionándole el(los) nombre(s) de la(s) institución(es). En caso de que su reclamación no llegue a proceder por esta cobertura, pero si esté cubierta por la póliza, aplicarán las condiciones de la Cobertura básica de acuerdo con lo especificado en el **aviso de accidente o enfermedad**.

En caso de requerir una nueva opción médico hospitalaria, deberá ingresar un nuevo trámite, solicitando el movimiento. En caso de estar de acuerdo, deberá notificar a GNP por escrito su aceptación.

Con su notificación, GNP le confirmará la aceptación del pago directo con la institución que haya elegido.

Una vez que GNP le proporcione la confirmación, usted tendrá **TREINTA DÍAS** para iniciar su atención con la opción médico hospitalaria que haya elegido.

En caso de tener alguna duda o problema durante su estancia en el extranjero puede ponerse en contacto con el administrador en el extranjero.

Esta cobertura opera exclusivamente bajo la modalidad de **Programación de cirugías, tratamientos médicos y servicios. NO OPERA LA MODALIDAD DE REPORTE DESDE EL HOSPITAL NI REEMBOLSO.**

Atención en el extranjero

En caso de tener contratado este beneficio adicional con costo a la cobertura básica y requiera atención médica es necesario:

- Ponerse en contacto con Médica Móvil, a través de la **Línea GNP** o la **APP Soy Cliente GNP**, para que este lo apoye con su requerimiento.
- Seguir el proceso y cumplir todos los requisitos descritos en el apartado **Programación de cirugías, tratamientos médicos y servicios.**

GNP analizará y dictaminará su reclamación de acuerdo a lo establecido para el beneficio adicional Atención en el extranjero, en caso de proceder, la aseguradora pagará directamente los gastos procedentes de hospital y honorarios médicos, a través del administrador en el extranjero. En caso de que su reclamación no llegue a proceder por esta cobertura, pero si esté cubierta por la póliza, aplicarán las condiciones de la Cobertura básica de acuerdo con lo especificado en el **aviso de accidente o enfermedad.**

Si no requiere hospitalización (estancia menor a 24 hrs. en el hospital) o por alguna causa NO procede el pago directo, usted asumirá el pago de los gastos. De ser así, obtenga todos los comprobantes y documentación que se señalan en el apartado **Reembolso.** A su regreso a México, le serán reembolsados los gastos cubiertos de acuerdo a las condiciones de su póliza, es importante que verifique que el balance de las cuentas aparezca en ceros a fin de evitar contratiempos en el pago del reembolso.

En caso de tener alguna duda o problema durante su estancia en el extranjero puede ponerse en contacto con el administrador en el extranjero.

Cláusula Familiar

En caso de tener contratado este beneficio adicional con costo a la cobertura básica y necesite usted o sus dependientes hacerlo válido, deberán de presentar los siguientes requisitos:

- Solicitar a través de **beneficiofamiliar@gnp.com.mx**, la aplicación de este beneficio. Este trámite podrá ser realizado por usted o su agente.
- **Cuestionario para la aplicación del beneficio de Cláusula Familiar o Protección Familiar** el cual usted o sus dependientes, según sea el caso, deberán de llenar y firmar.
- **Informe médico**, que el médico que realizó el diagnóstico deberá llenar y firmar. **Verifique que lo declarado en dicho(s) documento(s) sea correcto, ya que posteriormente no se aceptaran cambios.** El informe médico deberá de ser actualizado cada 6 meses.
- Identificación oficial (titular y dependientes).
- Acta de nacimiento (titular y dependientes).

Además de ingresar:

Por Fallecimiento:

- Acta o certificado de defunción.
- Acta de ministerio público (cuando la causa del fallecimiento lo amerite).

Por Invalidez:

- Toda la información descrita en la sección Cláusulas generales - Pago de indemnización de este contrato.

Una vez recibida la documentación completa, se confirmará la fecha compromiso de respuesta al mismo correo del cual se envió el trámite. GNP analizará y dictaminará su reclamación. Asimismo, si fuera el caso, GNP le informará el motivo por el cual su reclamación NO fue procedente.

Respaldo por fallecimiento

En caso de tener contratado este beneficio adicional con costo a la cobertura básica y sus beneficiarios necesiten hacerlo válido, es necesario que sus beneficiarios presenten los siguientes requisitos:

- **Formato Reembolso de accidente y/o enfermedad**, el cual deberá estar completamente requisitado y firmado.
- Acta o certificado de defunción.
- Designación de beneficiarios. En caso de no contar con esta, presentar carta con la cesión de derechos o el juicio sucesorio.
- Formato único de información bancaria para pago vía transferencia electrónica debidamente llenado con la información del(los) beneficiario(s).

Una vez que cuente con toda la documentación requerida por parte de GNP háganosla llegar a través de su agente o de la **APP Soy Cliente GNP**. Si tiene duda sobre el procedimiento o dónde presentar su reclamación, comuníquese a la **Línea GNP**, donde con gusto le atenderemos.

Con esta información, **GNP** analizará y dictaminará su reclamación. En caso de proceder, le reembolsará a los beneficiarios el importe correspondiente con el objetivo de solventar los gastos inherentes al fallecimiento del asegurado. En caso de que su reclamación no llegue a proceder, le entregaremos una carta aclarando el motivo de la NO procedencia.

Si tiene alguna duda sobre el procedimiento o dónde presentar su reclamación, comuníquese a los teléfonos de **Línea GNP** donde con gusto lo atenderemos.

Respaldo Hospitalario

En caso de tener contratado este beneficio adicional con costo a la cobertura básica y necesite hacerlo válido, es necesario que usted presente los siguientes requisitos:

- **Formato para Reembolso de accidente y/o enfermedad**, por cada ingreso al hospital, el cual deberá estar completamente requisitado y firmado.
- Documentación que avale su estancia en el hospital. En caso de haberse atendido en:
 - Hospital Privado: Factura correspondiente, la cual deberá de solicitar en el área de admisión del hospital. En caso de que la factura no contenga la fecha de ingreso y egreso del hospital, deberá de solicitar un comprobante que indique los días que permaneció en el hospital.
 - Hospital Público: Nota de alta, donde se indica la fecha de ingreso y egreso del hospital. En caso de no tenerla, deberá de acudir con la trabajadora social de la institución y solicitar que le elabore la nota resumen, en la cual deberá de especificar los días de estancia, fecha de ingreso y egreso del hospital.
- Identificación oficial con fotografía.

- Formato único de información bancaria para pago vía transferencia electrónica debidamente llenado con la información del asegurado afectado (si el afectado es menor de edad podrá ser el padre, la madre o tutor) o asegurado titular o contratante. Este formato solo se deberá de entregar si es la primera vez que presenta su reclamación.

Una vez que cuente con toda la documentación requerida por parte de GNP háganosla llegar a través de su agente o de la **APP Soy Cliente GNP**. Si tiene duda sobre el procedimiento o dónde presentar su reclamación, comuníquese a la **Línea GNP**, donde con gusto le atenderemos.

Con esta información, **GNP** analizará y dictaminará su reclamación. En caso de proceder, le reembolsará el importe correspondiente a la indemnización diaria contratada de acuerdo al número de días de hospitalización. En caso de que su reclamación no llegue a proceder, le entregaremos una carta aclarando el motivo de la NO procedencia.

Si su solicitud es aprobada, **GNP** pagará dentro de los **TREINTA DÍAS** siguientes a la fecha de la reclamación y una vez reunida toda la documentación solicitada.

Membresía Médica Móvil

En caso de requerir alguno de los servicios que ofrece Médica Móvil, usted deberá de cumplir con el siguiente proceso:

En el momento de la urgencia médica:

1. Comuníquese a:

Línea GNP

55 5227 9000	Ciudad de México e interior de la República
1 800 807 5697	Sin costo dentro de Estados Unidos

Médica Móvil

55 5482 3710*	Ciudad de México e Interior de la República
---------------	---

*En caso de requerir atención desde el extranjero añadir la lada (+52).

2. Tenga a la mano su **tarjeta Seguro médico GNP** y proporcione el **número de póliza** que aparece en ella.
3. Indique al operador de Médica Móvil **dónde se encuentra el paciente asegurado y describa la situación de emergencia**. Proporcione al operador todos los datos que le solicite. Médica Móvil evaluará la urgencia médica y le dará orientación telefónica sobre qué hacer mientras llega la unidad móvil, lo cual será en el menor tiempo posible.
4. Cuando termine el servicio, **usted deberá pagar el deducible** directamente a la unidad.
5. Sólo si se encuentra en las siguientes circunstancias, deberá firmar un pagaré por el costo del servicio, además del pago del deducible:
 - a) Si solicita el servicio dentro de los primeros 30 días de vigencia de su póliza y no ha pagado la prima correspondiente.
 - b) Si por alguna razón su pago no aparece registrado en los sistemas de GNP al momento de solicitar el servicio.

El pagaré se cancelará automáticamente cuando usted pague oportunamente la prima y/o cuando el pago quede registrado en GNP y/o se verifique que la reclamación es procedente y sólo deberá cubrir el deducible. De no ocurrir lo anterior, se hará efectivo el pagaré.

Recuerde que Médica Móvil no atenderá ni trasladará asegurados psiquiátrico-agresivos, infectocontagiosos, ebrios o drogado-agresivos.

Áreas de cobertura

El asegurado podrá consultar las ciudades donde están disponibles los servicios de atención médica extrahospitalaria de urgencia (con o sin traslado a un centro hospitalario) y consulta médica domiciliaria en gnp.com.mx.

Línea GNP

GNP ofrece a todos sus asegurados el servicio de:

Línea GNP

Que le permite obtener el máximo beneficio de su seguro de gastos médicos. Para obtener este servicio, comuníquese a los siguientes teléfonos:

55 5227 9000

1 800 807 5697

Ciudad de México e interior de la República
Resto del mundo (Llamada por cobrar a través de operadora)
Sin costo dentro de Estados Unidos

A través de **Línea GNP** usted podrá obtener:

1. Información sobre su póliza, coberturas, nivel de tabulador médico, hospitales y proveedores en convenio.

Le asesoraremos sobre gastos cubiertos, exclusiones y condiciones generales de la póliza. También le informaremos sobre los médicos que tienen convenio de pago directo con GNP y del nivel de tabulador médico que eligió, los hospitales en convenio y otros proveedores médicos afiliados. Esta información también la podrá encontrar en internet en la dirección electrónica gnp.com.mx.

2. Información sobre procedimientos

Le asesoraremos y brindaremos apoyo para tramitar su reclamación por cualquiera de las modalidades: **Programación de cirugía, Reporte desde el hospital y Reembolso.**

Le daremos información sobre qué formatos llenar y cómo hacerlo, documentación necesaria para presentar su reclamación, lugar y procedimiento para realizar sus trámites, etc.

3. Seguimiento a trámites de medicamentos e insumos y servicios auxiliares

Le informaremos la procedencia o no de sus trámites y el avance para la entrega de lo solicitado.

4. Descuentos con proveedores médicos

Línea GNP le informará sobre una amplia gama de proveedores médicos que le ofrecerán diferentes descuentos en hospitalización, pruebas de laboratorio, radiografías, compra de medicamentos, etc. Esta lista también la podrá encontrar en internet en la dirección electrónica gnp.com.mx.

Una vez elegido el proveedor médico de Seguro médico GNP, acuda al establecimiento y presente su tarjeta Seguro médico GNP y una identificación oficial con fotografía, para que se le aplique el descuento pactado.

5. Orientación médica telefónica

Si usted o alguno de los asegurados de la póliza presentan padecimientos menores como una gripa, trastornos digestivos, insolación, fiebre, etc., llámenos y de inmediato un médico le asesorará sobre qué acción tomar.

Asimismo, si requiere información sobre cómo y cuándo administrar medicamentos, o bien, sobre cómo interpretar análisis clínicos; personal médico calificado le orientará adecuadamente.

Este servicio lo brinda Médica Móvil, empresa líder en atención médica de urgencia.

Directorios

Si usted desea consultar el directorio de: hospitales, niveles de tabulador médico, servicios auxiliares (proveedores médicos que le ofrecerán precios preferenciales en hospitalización, pruebas de laboratorio, radiografías, compra de medicamentos, etc.) y/o tabuladores de honorarios médicos podrá hacerlo de las siguientes maneras:

1. En Internet en la dirección electrónica: **gnp.com.mx**. "SOY CLIENTE GNP". Para que su consulta sea más fácil y rápida es importante que tenga a la mano su **tarjeta Seguro médico GNP** y siga los siguientes pasos:
 - a. Ubique la sección que desea consultar.
 - b. Una vez seleccionado el directorio a consultar, seleccione el plan que contrató. Lo encontrará en su **tarjeta Seguro médico GNP**.



- c. Seleccione el estado y ciudad donde desea atenderse.
 - d. Dependiendo del directorio que haya elegido deberá seleccionar el hospital, el médico o el criterio que desea consultar.
2. También podrá consultar los directorios con tan sólo llamar a **Línea GNP**:

55 5227 9000

1 800 807 5697

Ciudad de México e interior de la República
 Resto del mundo (Llamada por cobrar a través de operadora)
 Sin costo dentro de Estados Unidos