

¿Qué rubros debe llenar en su aviso de accidente o enfermedad?

1. N° de póliza
2. Datos del Asegurado titular.
3. Datos del Asegurado afectado (en caso de ser distinto al Asegurado titular).
4. Si ha presentado gastos anteriores por el mismo padecimiento en esta u otra compañía, favor de indicarlo.
5. Fecha del accidente o inicio del padecimiento.
6. Si sufrió algún accidente, favor de describir brevemente lo ocurrido.
7. Nombre y firma del Asegurado contratante.

GNP SEGUROS Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Centro de las Torres No. 305 Col. Campestre Churubusco C.P. 04300, México, Distrito Federal R.F.C. GNP921124P0

CARÁTULA Gastos Médicos

Aviso de accidente o enfermedad (planes de programación de servicios y/o tratamiento médico) Este cuestionario deberá ser llenado según aplique con información correcta, detallada, firmada por el Asegurado. Por el hecho de proporcionar este formulario, la Compañía no queda obligada a admitir la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reservan conforme a la póliza. Este documento no está sujeto con tachaduras y/o enmendaduras.

1 Póliza No. _____ día _____ mes _____ año _____

2 APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE(S) _____ CÓDIGO CLIENTE _____
R.F.C. _____ años _____ meses _____ días _____ CURP _____ GÉNERO F M

3 OCUPACIÓN ACTUAL _____ CORREO ELECTRÓNICO _____
DOMICILIO _____ NO EXTERIOR NO INTERIOR
CALLE _____ COLONIA _____ C.P. _____ CLAVE LADA _____ TELÉFONO _____
LUGAR DONDE RECIBIRÁ LA ATENCIÓN _____ ESTADO _____ MUNICIPIO O DELEGACIÓN _____

4 ¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA? SÍ NO
TIPO DE RECLAMACIÓN INICIAL COMPLEMENTARIA
SE TRATA DE: ACCIDENTE ENFERMEDAD EMBARAZO INDIQUE DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN _____
¿SUS ACCIDENTES DETALLÓSE, CÓMO Y CUÁNDO OCURRIERON? _____

5 FECHA DEL ACCIDENTE O INICIO DEL PADECIMIENTO _____ día _____ mes _____ año _____

6 EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO, ¿EXISTE SEGURO DEL (DE LOS) AUTOMÓVILES? SÍ NO
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA _____ COBERTURA _____ SUMA ASEGURADA (AM) _____ PÓLIZA NO. _____

ANEXAR COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O COMPROBANTE Y/O REPORTE RECIBIDO DE LA COMPAÑÍA, ASÍ COMO INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS REALIZADOS. DATOS DE INGRESO PROGRAMADO HOSPITAL DONDE SE INTENDARÁ _____

En caso de requerir mayor información, contactarnos al 5227 9000 en el Distrito Federal, al 01 800 400 9000 fuera sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx

GNP SEGUROS Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Centro de las Torres No. 305 Col. Campestre Churubusco C.P. 04300, México, Distrito Federal R.F.C. GNP921124P0

REVERSO

NOMBRE DEL MÉDICO _____ ESPECIALIDAD _____ ¿SE ENCUENTRA EN CONVENIO CON ESTA COMPAÑÍA? SÍ NO
¿A TRAVÉS DE QUÉ MEDIO LE FUE REFERIDO EL MÉDICO? GNP SEGUROS HOSPITAL OTRO
MEDIANTE ESTE DOCUMENTO DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN VERDADA EN ÉL ES VERDADERA Y ESTÁ ACORDE CON LOS ANTECEDENTES MÉDICOS QUE CONOCÍ Y HE HECHO RESPONSABLE DE SUS CONSECUENCIAS.

COBERTURA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS NACIONAL (CEC-NACIONAL) PARA PÓLIZAS PREMIER 300
En caso de ser contratada indique si desea programar la atención médica a través de esta cobertura: SÍ NO
¡IMPORTANTE!
Los padecimientos que quedan cubiertos a través de CEC-Nacional son: cáncer, enfermedades neurológicas y cerebro vasculares, enfermedades de las coronarias que requieren cirugía, trasplante de corazón, hígado, riñón, médula cebra y pulmón.
En caso de que la cobertura:
• NO PROCEDA, GNP asignará el Hospital y Médico tratante, mismos que podrán ser distintos a los que usted indica en este formato.
• SI PROCEDA, GNP asignará el Hospital y Médico tratante, mismos que podrán ser distintos a los que usted indica en este formato.

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., el cual contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles. Asimismo, se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página gnp.com.mx. Por lo anterior:
 Sí consento dicho tratamiento No consento dicho tratamiento Sí consento dicho tratamiento No consento dicho tratamiento

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

7 Nombre y firma del Asegurado y/o Contratante _____

Se verificó la identificación oficial exhibida por el Asegurado y/o Contratante, de la cual se obtuvieron los siguientes datos:
TIPO DE IDENTIFICACIÓN _____ INSTITUCIÓN EMISORA _____ FOLIO DE LA IDENTIFICACIÓN _____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE GNP: _____

NOMBRE DEL AGENTE
CLAVE _____ TELÉFONO _____ ESTADO _____

En caso de requerir mayor información, contactarnos al 5227 9000 en el Distrito Federal, al 01 800 400 9000 fuera sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx

Línea GNP 5227 9000 Ciudad de México
01 800 400 9000 Interior de la República
1 800 807 5697 Sin costo Internacional

Este folleto es de carácter informativo, la póliza se rige con base en las Condiciones Generales de la misma.

Todo lo que debe saber sobre su Programación de Cirugía, Tratamiento Médico o Servicios GMM

Guía Rápida



Es el proceso donde usted informa a GNP, de manera anticipada, que próximamente tendrá una intervención quirúrgica, tratamiento con hospitalización, cirugía ambulatoria o programación de algún servicio hospitalario. Al hacerlo, cuenta con los siguientes beneficios:

- Usted (o su médico) pueden elegir de manera oportuna el hospital en convenio.
- Le permite comprobar la disponibilidad y el uso de las instalaciones hospitalarias.
- Conoce con anticipación si el tratamiento está o no cubierto.
- Evita que usted cubra el monto de gastos procedentes, ya que su seguro pagará directamente al proveedor y médicos en convenio.
- Usted solo pagará el deducible, coaseguro y gastos personales:

Deducible: es la participación económica que tiene que cubrir cuando se presenta una enfermedad o accidente. Este monto fue determinado por usted y está señalado en la carátula de la póliza.

Si usted no cubre el monto total del deducible durante su vigencia, deberá pagar la diferencia de acuerdo con lo indicado en su nueva vigencia.

En caso de que usted haya realizado el pago de su deducible en el hospital, favor de anexar el comprobante del mismo.

Coaseguro: es un porcentaje que se aplica al monto total de los gastos procedentes en los que se incurren durante un accidente o enfermedad, una vez que sea descontado el deducible. Esta participación fue determinada por usted en la carátula de la póliza.

Una vez pagado el deducible, se descontará el porcentaje del coaseguro hasta su tope.

Cuando haya cubierto el monto del deducible y el porcentaje de coaseguro, ya no se aplicarán estos conceptos.



WWW



Para solicitar la programación, siga estos sencillos pasos:

- Ingrese al portal de internet: gnp.com.mx, acceda a la pestaña Soy Cliente, Formatos.
- Descargue los formatos de PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA o TRATAMIENTO MÉDICO.
- Reúna los requisitos que cada uno de los formatos indica al final o reverso del mismo.
- Complete los campos de acuerdo con su solicitud:
- Presente la documentación solicitada en nuestras oficinas de servicio. Consulte nuestras direcciones en gnp.com.mx. Para ello, acceda a la sección Asistencia y Contacto y busque su oficina más cercana.

En su solicitud debe de considerar la siguiente información:

- Informe médico firmado por cada especialista involucrado en su atención médica, que indique diagnóstico definitivo y correctamente llenado (sin dejar espacios en blanco) con vigencia no mayor a 6 meses. Para trámites subsecuentes, su informe médico debe ser actualizado cada 6 meses.
- En caso de procedimientos o tratamientos de más de una sesión, indicar claramente las fechas y el número de sesiones del tratamiento médico o quirúrgico.
- Enviar copia de la interpretación de estudios que corrobore su diagnóstico.
- Aviso de accidente o enfermedad debidamente llenado y firmado por el Asegurado, señalando el padecimiento o mecanismo de lesión por el cual solicita la programación de su cirugía o tratamiento médico.

Ningún documento será válido con tachaduras, enmendaduras, y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Importante

A partir de que Usted envíe su trámite con la documentación previamente requerida y completa, recibirá una carta con la respuesta a su solicitud en 5 días hábiles.

Informe médico

Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

TRÁMITE	<input type="checkbox"/> Programación de cirugía <input type="checkbox"/> Programación de tratamiento médico <input type="checkbox"/> Reembolso			
FICHA DE IDENTIFICACIÓN	Nombre del paciente			Fecha de nacimiento
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	(dd / mm / aaaa)
	Genero	Edad	No. de Póliza	Causa de atención
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente
HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)	Antecedentes personales patológicos		Antecedentes personales no patológicos	
	Antecedentes gineco-obstétricos		Antecedentes perinatales (si es necesario)	
Padecimiento actual			Fecha de inicio	
De acuerdo a la historia clínica y a la evolución natural de la enfermedad, favor de indicar la fecha de inicio del padecimiento			(dd / mm / aaaa)	
Código ICD	Diagnóstico(s) definitivo(s)	Fecha de diagnóstico		
		(dd / mm / aaaa)		
Tipo de padecimiento				
<input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico		¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento?		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?		
Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)				

4020875Cinfmed_0217 CG

HISTORIA CLÍNICA (CONTINUACIÓN)	Tratamiento		Fecha de inicio (dd / mm / aaaa)
	CPT4. Sólo como referencia	Descripción del tratamiento	
	Complicaciones		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Descripción de complicaciones	
Información adicional			

DATOS DEL HOSPITAL	Nombre del hospital	Ciudad	Estado
	Tipo de estancia <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria		

Datos de el (los) médico(s) que participan en la intervención o como interconsultante(s)			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Tipo de participación
Especialidad	Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación	Presupuesto
Teléfono	Celular	Fax	Correo electrónico*
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Tipo de participación
Especialidad	Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación	Presupuesto
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Tipo de participación
Especialidad	Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación	Presupuesto

[+] Si cuenta con él.

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, asimismo, por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

Datos Personales:

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP) se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet gnp.com.mx en la sección Aviso de Privacidad.

Lugar y fecha

Nombre y firma del médico tratante

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

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

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

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

Póliza No.	Fecha		
	día	mes	año

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR	APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)		CÓDIGO CLIENTE		
	R.F.C.		CURP			GENERO			
	letras	año	mes	día	homoclave		<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	
	OCUPACIÓN ACTUAL					CORREO ELECTRÓNICO*			
	DOMICILIO								
	CALLE						NO. EXTERIOR	NO. INTERIOR	
COLONIA					C.P.	CLAVE LADA	TELÉFONO		

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO	APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)		CÓDIGO CLIENTE		
	R.F.C.		OCUPACIÓN			PARENTESCO CON EL TITULAR		GENERO	
	letras	año	mes	día	homoclave		<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	
	DOMICILIO (En caso de ser distinto al del titular)								
	CALLE						NO. EXTERIOR	NO. INTERIOR	
	COLONIA					C.P.	CLAVE LADA	TELÉFONO	
LUGAR DONDE RECIBIÓ LA ATENCIÓN				ESTADO		MUNICIPIO O DELEGACIÓN			

[+] Si cuenta con ella.

¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO EN ÉSTA U OTRA COMPAÑÍA?			
TIPO DE RECLAMACIÓN		NO. DE RECLAMACIÓN	
<input type="checkbox"/> INICIAL	<input type="checkbox"/> COMPLEMENTARIA		
SE TRATA DE:		INDIQUE DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN	
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD	<input type="checkbox"/> EMBARAZO	
SI ES ACCIDENTE DETÁLLESE ¿CÓMO Y CUÁNDO OCURRIÓ?			FECHA DEL ACCIDENTE O INICIO DEL PADECIMIENTO
			día mes año
EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿EXISTE SEGURO DEL (DE LOS) AUTOMÓVIL(ES)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA		COBERTURA	SUMA ASEGURADA (GM)
			PÓLIZA NO.
ANEXAR COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O COMPROBANTE Y/O REPORTE RECIBIDO DE LA COMPAÑÍA, ASÍ COMO INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS REALIZADOS.			
HOSPITAL DONDE SE INTERNARÁ		DATOS DE INGRESO PROGRAMADO	
		HORA:	día mes año

NOMBRE DEL MÉDICO	ESPECIALIDAD	¿SE ENCUENTRA EN CONVENIO CON ESTA COMPAÑÍA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿A TRAVÉS DE QUÉ MEDIO LE FUE REFERIDO EL MÉDICO? <input type="checkbox"/> GNP SEGUROS <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> OTRO		
MEDIANTE ESTE DOCUMENTO DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN VERTIDA EN ÉL ES VERDADERA Y ESTÁ ACORDE CON LOS ANTECEDENTES MÉDICOS QUE CONOZCO, Y ME HAGO RESPONSABLE DE SUS CONSECUENCIAS.		

COBERTURA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS NACIONAL (CEC-NACIONAL) PARA PÓLIZAS PREMIER 300

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

IMPORTANTE:

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

En caso de que la cobertura:

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

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

CONSENTIMIENTO	SOLICITANTE TITULAR (y de su Representante Legal si es menor de edad)	CONTRATANTE (Solo si es diferente al solicitante)
	<input type="checkbox"/> Sí consiento dicho tratamiento <input type="checkbox"/> No consiento dicho tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí consiento dicho tratamiento <input type="checkbox"/> No consiento dicho tratamiento

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

Nombre y firma del Asegurado y/o Contratante

Se validó la identificación oficial exhibida por el Asegurado y/o Contratante, de la cual se obtuvieron los siguientes datos:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	INSTITUCIÓN EMISORA	FOLIO DE LA IDENTIFICACIÓN

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE GNP:

NOMBRE DEL AGENTE		
CLAVE	TELÉFONO	ESTADO

41020875Cavisaccid_0913VD_1mmid