Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Av. Cerro de las Torres No. 395
Col. Campestre Churubusco
C.P. 04200, Ciudad de México
R.F.C. GNP9211244P0

Gastos Médicos

FONESA FORMAS PARA NEGOCIOS S.A. DE C.V. TEL. 55-92-09-22

Aviso de accidente o enfermedad
(Reembolso, programación de servicios y/o tratamiento médico)
Este cuestionario deberá ser llenado según aplique con información correcta, detallado y 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 sus derechos conforme a la póliza y/o Ley Sobre el contrato de Seguro.

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. (letras año mes día homoclave)	CURP	GENERO
		☐ F ☐ 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. (letras año mes día homoclave)	OCUPACIÓN	PARENTESCO CON EL TITULAR	GENERO
			☐ F ☐ 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
☐ INICIAL ☐ COMPLEMENTARIA	

SE TRATA DE:	INDIQUE DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN
☐ ACCIDENTE ☐ ENFERMEDAD ☐ 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)? ☐ Sí ☐ No

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	COBERTURA	SUMA ASEGURADA (GM)	PÓLIZA NO.

ANEXAR COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O COMPROBANTE Y/O REPORTE RECIBIDO DE LA COMPAÑÍA, ASÍ COMO INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS REALIZADOS.

HOSPITAL DONDE SE INTERNARÁ	DATOS DE INGRESO PROGRAMADO
	HORA: día mes año

402087SCavisoaccid_0913VD.inmd

AVISO DE ACCIDENTE GNP FRENTE 28-SEPT-16 SV
Pantone 1585 C Pantone 288 C Pantalla 60%, 8%
133 LPI

Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Av. Cerro de las Torres No. 395
Col. Campestre Churubusco
C.P. 04200, Ciudad de México
R.F.C. GNP9211244P0

FONESA FORMAS PARA NEGOCIOS S.A. DE C.V. TEL.: 53-92-09-22

NOMBRE DEL MÉDICO	ESPECIALIDAD	¿TIENE CONVENIO DE PAGO DIRECTO CON GNP?
		☐ SÍ ☐ NO

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.

En caso de tener contratadas las Coberturas de Enfermedades Catastróficas Nacional **(CEC-Nacional)** o la Cobertura de Enfermedades Catastroficas en el Extranjero **(CEC-Extranjero)** para pólizas Premier 300, indique si desea programar la atención médica: ☐ SÍ ☐ NO

IMPORTANTE:

Los padecimientos que quedan cubiertos a través de CEC-Nacional y CEC-Extranjero 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:

- NO PROCEDA: El trámite continuará bajo las condiciones de su cobertura básica con el Hospital y Médico Tratante que usted indica en este formato.

CONSENTIMIENTO

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

ASEGURADO AFECTADO (y de su Representante Legal si es menor de edad)

☐ Sí consiento dicho tratamiento ☐ No consiento dicho tratamiento

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

Se validó la identificación oficial exhibida por el Asegurado afectado o de su representante legal en caso de ser menor de edad 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**

402087SCavisoaccid_0913VD.indd

Nombre y firma del Asegurado Afectado

Nombre y firma del Representante Legal
(en caso de ser menor de edad)

AVISO DE ACCIDENTE GNP REVERSO 28-SEPT-16 SV
Pantone 1585 C Pantone 288 C Pantalla, 60%, 8%
133 LPI