

Aviso de accidente

Este cuestionario debe ser contestado por el Asegurado, o por los Beneficiarios (en caso de Muerte Accidental), y entregado a Grupo Nacional Provincial, S.A.B.

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.

Lugar	Fecha
	día mes año

Oficina	Póliza Número	Nombre del Contratante (Grupo, Colectividad o Escuela a la que pertenece)			
Nombre del Asegurado Principal					Número de Certificado
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Datos del Asegurado Afectado					
Nombre del Asegurado Afectado					Género
Apellido Paterno					Fecha de Nacimiento
Apellido Materno		Nombre(s)		☐ Masculino ☐ Femenino	día mes año
Domicilio: Calle				Número exterior	Número interior
Colonia					C.P.
Municipio o Delegación	Ciudad o Población	Entidad Federativa	País	Teléfono	
Indique el motivo de la reclamación				Fecha en que ocurrió el accidente	
☐ Muerte Accidental ☐ Gastos Funerarios ☐ Indemnización diaria ☐ Gastos Médicos ☐ Pérdidas Orgánicas				día mes año	
Detállese cómo ocurrió el accidente					
Causa del accidente: ☐ Caída ☐ Actos de violencia ☐ Accidente de trabajo ☐ Envenenamiento					
☐ Accidente Deportivo ☐ Accidente de Tránsito ☐ Otro					
Hora en que ocurrió el accidente		Lugar del accidente		☐ Hogar ☐ Escuela ☐ Vía Pública ☐ Trabajo ☐ Viaje ☐ Otro	
Especificar si el accidente ocurrió en uno de los siguientes casos: ☐ Vehículo público que no sea aéreo					
☐ Ascensor para servicio público ☐ Incendio de cualquier teatro,					
Fecha 1ª Consulta	Si estuvo hospitalizado, indique el nombre del Hospital				Número de días que estuvo hospitalizado
día mes año					
Nombre y dirección de los médicos que lo han atendido por el padecimiento objeto de esta reclamación					
Número de acta del Ministerio Público					
Reclamaciones previas que la persona afectada ha presentado con la Compañía					
Número de Reclamación		Causa o Motivo			
Autorizo al Hospital y al (los) Doctor(es) que me atiende(n) a proporcionar copia de la historia clínica e información médica que sea solicitada por Grupo Nacional Provincial, S.A.B. en relación con la presente reclamación.					
Favor de anexar a este cuestionario el "Informe Médico" y, en caso de fallecimiento del asegurado, la "Declaración del Fallecimiento".					
Firma del Asegurado Afectado					

En caso de requerir información contáctenos: al 5227 9000 para la Ciudad de México,

Sólo llenar en caso de SIGA Productivo y Siga Profesionales				
Parentesco con el Asegurado Principal		Fecha de ingreso a la Empresa o Colectividad día mes año		
Ocupación al ingresar al Grupo o Colectividad asegurada		Ocupación actual/última ocupación		
Describa las labores que desempeña			Sueldo mensual	
Fecha en que dejó de trabajar día mes año		Causa por la que dejó de trabajar		
Indicar incrementos que tuvo el Asegurado durante el último año, para efectos de calcular Suma Asegurada, cuando ésta haya sido contratada en base a sueldo.				
Nombre y cargo de la persona que firma como Contratante	Sueldo anterior	Fecha de incremento día mes año		Incremento
	Firma del Contratante			
Sólo llenar en caso de SIGA Profesionales				
¿Cuál es su horario de trabajo?		¿Qué actividad estaba realizando?		
En caso de estar autorizada esta actividad por la empresa, especifique por quién				
Sólo llenar en caso de SIGA Viajeros (Corto plazo o temporal)				
Mencione la ciudad, estado y país donde ocurrió el accidente				
Sólo llenar en caso de SIGA Deportistas				
Cuando ocurrió el accidente usted se encontraba en:				
☐ Competencia ☐ Entrenamiento ☐ Otra (especificar) _____				
Tipo de práctica ☐ Profesional ☐ Amateur		¿Qué deporte estaba practicando?		
Lugar destinado para la práctica del deporte		Horario y días a la semana destinados para la práctica del deporte		
En caso de buceo, indique profundidad a la que se encontraba				
Sólo llenar en caso de SIGA Escolares				
Nombre de la Escuela		Clave	☐ Empleado ☐ Alumno	
En caso de tratarse de un alumno, indique turno, no. de matrícula y escolaridad (grado y grupo)				
Turno: _____ Matrícula: _____ Grado y grupo: _____				
En caso de alumnos, indique el nombre del padre o tutor				
Datos Personales:				
Reconozco que previo a proporcionar mis datos personales incluyendo los del (los) menor(es) de edad de los cuales ostentó la patria potestad y/o debida representación legal o tutela (en caso de aplicar), se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (en lo sucesivo GNP), el cual he leído y comprendido, por lo que tengo conocimiento de (i) la identidad y domicilio de GNP; (ii) los datos personales que serán sujetos a tratamiento; (iii) las finalidades primarias y secundarias del tratamiento, así como las transferencias que van a efectuarse; (iv) los medios habilitados para limitar el uso o divulgación de mis datos personales y/o revocar mi consentimiento, así como para ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Asimismo manifiesto tener conocimiento que puedo consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página gnp.com.mx. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento o de quien(es) ostente(n) la patria potestad y/o debida representación legal o tutela, así				

como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta. Entiendo que el consentimiento para el tratamiento de los datos personales no será necesario cuando la finalidad del tratamiento sea cumplir obligaciones derivadas de la relación jurídica.

Firma del Padre o Tutor

Firma y sello del representante de la Escuela

Sólo en caso de RGM. Indicar a nombre de quién deberá expedirse el cheque:

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