

### Presentar este documento con los comprobantes originales de sus gastos.

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.**

Fecha (dd/mm/aa)  
/ /

#### DATOS DEL ASEGURADO TITULAR DE LA PÓLIZA

Número de Póliza | Código de cliente / número de certificado

Primer apellido | Segundo apellido | Nombre(s) | Fecha de nacimiento | Sexo  
/ / |  F  M

#### DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO (SI ES EL MISMO QUE EL TITULAR, NO LLENAR)

Cód. de cliente / núm. de certificado | Primer apellido | Segundo apellido | Nombre(s)

Parentesco con el Asegurado titular | Fecha de nacimiento | Sexo  
/ / |  F  M

#### DATOS DEL CONTRATANTE (SI ES EL MISMO QUE EL TITULAR, NO LLENAR)

Código de cliente (si se cuenta con él) | Nombre o razón social

#### DATOS DE LA RECLAMACIÓN

Indicar el padecimiento | ¿Es primer pago? | Núm. de reclamación / siniestro, si lo tiene indíquelo  
 Sí  No

#### DATOS DEL REEMBOLSO

(Solo en caso de tener indemnización diaria por accidente y enfermedad, indique la fecha de incapacidad) | Fecha de incapacidad  
/ /

#### Detalle reembolso

Concepto	Importe de gastos presentados
1. Gastos extras fuera del hospital (medicamentos, análisis, radiografías, estudios etc.)	
2. Honorarios por consulta, intervención quirúrgica, terapias, rehabilitación, enfermería, etc.	
3. Gastos por hospitalización	
4. Otros gastos, especificar	

NOTA: El total de gastos presentados, debe coincidir exactamente con la suma de los comprobantes respectivos, con el importe registrado y las facturas, procurando presentar éstos en el mismo orden de los conceptos.

**Los comprobantes deben estar a nombre del asegurado afectado o titular de la Póliza en caso de que sea menor de edad**

**Total**

### INSTRUCCIONES DEL PAGO-FINIQUITO VÍA TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

#### Seleccione a quién deberá efectuarse el reembolso

- Asegurado titular       Asegurado afectado (solo si es mayor de edad)       Contratante de la Póliza  
 Madre o padre del Asegurado afectado\*       Tutor del Asegurado afectado\*

RFC de la persona seleccionada

Nombre completo de la persona seleccionada a quien se le hará el pago

\*Deberá anexar los documentos correspondientes que acredite que es padre, madre o tutor del menor, el formato de identificación del cliente, copia de su identificación oficial y copia de su comprobante de domicilio

#### Seleccione la instrucción de pago

1. Quiere registrar una cuenta bancaria para pago de siniestros Gastos Médicos o solicita un cambio de cuenta. **(Le informamos que es necesario llenar el formato único de información bancaria)**  
 2. Pago a una cuenta que se encuentra dada de alta en los registros de GNP

**2.1 Si eligió la opción 2, indique los últimos 4 dígitos de la Cuenta CLABE o tarjeta de débito a la cual requiere se realice el pago**

- Cuenta CLABE\*       Tarjeta de débito\*      \*Obligatorios los últimos 4 dígitos de la cuenta registrada: \_\_\_\_\_

### DATOS DE CONTACTO

#### Contacto Asegurado o contacto de seguimiento

Tipo de contacto

Primer apellido

Nombre(s)

Celular

Correo electrónico

#### Contacto Agente GNP (en caso de requerir notificación)

Nombre del Agente GNP

Celular

Correo electrónico

#### Consentimiento:

Grupo Nacional Provincial, S.A.B., con domicilio en Avenida Cerro de las Torres No. 395, Colonia Campestre Churubusco, Código Postal 04200, Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México, tratará sus datos personales de identificación, patrimoniales y sensibles para brindarle los servicios relacionados con su contrato de seguro. Puede consultar la versión integral del Aviso de Privacidad en [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx) o en el teléfono 55 5227-9000 a nivel nacional.

#### Datos personales y Aviso de privacidad:

Reconozco que previo a proporcionar mis datos personales 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 [www.gnp.com.mx](http://www.gnp.com.mx). Por lo anterior, en mi carácter de titular manifiesto que estoy enterado de que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. tratará mis datos personales en términos de lo señalado en el referido Aviso de Privacidad.

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, así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta.

**Aceptación:**

Autorizo a los médicos o personal que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, laboratorios o cualquier centro de salud al que haya ingresado, para: diagnóstico, tratamiento, pruebas y/o estudios, de cualquier enfermedad y/o padecimiento relacionado, que haya tenido de manera previa y/o posterior a la contratación de mi póliza y para el efecto, relevo a las personas mencionadas del secreto profesional en este caso, para que se proporcionen éstos a GNP para la correcta evaluación de mi información, la cual puede ser requerida en cualquier momento en que GNP lo considere oportuno.

---

**Nombre y firma del Asegurado afectado o  
representante legal (en caso de ser menor de edad)**

## Instructivo para el trámite de reclamaciones por reembolso en accidente y/o enfermedad

**NOTA IMPORTANTE:** Le recomendamos leer las condiciones de su contrato antes de tramitar cualquier reclamación, debido a que existen ciertas exclusiones y limitaciones. En caso de duda, acuda con su agente de seguros.

Para lograr atenderle con la mayor rapidez y eficacia en el pago de su reclamación, le pedimos revise que la documentación correspondiente cumpla con los siguientes requisitos:

1. Contar con los siguientes documentos y formatos debidamente requisitados con los datos que se le solicite y que contengan la firma correspondiente:

**a) Formato para reembolso de accidente y/o enfermedad**

**b) Formato de aviso de accidente o enfermedad**

**c) Formato informe médico**

El médico que le atendió debe llenar con claridad el Informe Médico, poniendo especial atención en el diagnóstico que emite y en las fechas que se solicitan.

**d) Interpretación de estudios, así como copia de los estudios practicados**

**e) Copia de la historia clínica completa (solo en caso de hospitalización)**

**f) Formato único de información bancaria para pago vía transferencia electrónica**

Recuerde haber concluido el proceso de registro de información bancaria del beneficiario del pago.

**d) Comprobantes de gastos con requisitos fiscales respectivos**

- Los comprobantes originales de los gastos efectuados deberán ser presentados para su revisión (factura detallada del hospital, recibos de médicos, ayudantes, facturas de farmacia acompañadas de la receta, etc.). Los recibos de honorarios deberán ser firmados por la persona que los expidió.

- Los recibos por honorarios profesionales de médicos, ayudantes y anestesiistas deberán ser expedidos en las formas que para tal efecto exige la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y a nombre del Asegurado titular.

- Al comprar sus medicamentos en la farmacia, anexe a la nota, la receta del médico no mayor a 3 meses. Indique en sus notas los medicamentos o artículos que no sean para el paciente.

- Por cada consulta el médico deberá expedir el recibo de honorarios correspondiente, indicando el importe de la misma. Además de indicar las recetas médicas generadas por dicha consulta.

- Revise que el hospital y el médico, al expedir el total de la cuenta, desglose el costo por cada uno de los conceptos que la forman (renta diaria del cuarto, honorarios médicos, consultas, anestesiista, etc.)

- No se aceptarán pagos a instituciones de beneficencia o establecimientos oficiales de servicio.

- Para tramitar un reembolso de análisis o estudios deberá ingresar la receta médica no mayor a 3 meses donde el médico le indica dichos estudios, copia de los estudios en formato PDF junto con el reporte de la interpretación.

- En caso de solicitar reembolso por servicio de enfermería, rehabilitación o terapias deberá anexar junto con la factura las bitácoras de servicio, las cuales deben contener el nombre del Asegurado, número de Póliza, diagnóstico, 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, firma del proveedor y firma del Asegurado.

2. En caso de que se presenten dos reclamaciones simultáneas o con diferente moneda (nacional y extranjera), separe los gastos de cada accidente o enfermedad y llene para cada uno, toda la documentación requerida.

**¡Aprovecha los beneficios que te da tu Seguro Médico GNP al programar tu cirugía o tratamiento médico!**