

**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 <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. letras año mes día homoclave		OCUPACIÓN	PARENTESCO CON EL TITULAR
	GENERO <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 <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> COMPLEMENTARIA		NO. DE RECLAMACIÓN	
SE TRATA DE: <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> EMBARAZO		INDIQUE DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN	
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.		DATOS DE INGRESO PROGRAMADO	
HOSPITAL DONDE SE INTERNARÁ		HORA:	día mes año



NOMBRE DEL MÉDICO	ESPECIALIDAD	¿TIENE CONVENIO DE PAGO DIRECTO CON GNP? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> 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 Catastróficas 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

Nombre y firma del Asegurado Afectado

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