

**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.

Póliza No.	Fecha		
	día	mes	año

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

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

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

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	
¿CUENTA CON LA VACUNA CONTRA COVID-19?		NOMBRE DE LA VACUNA:	NO. DE DOSIS APLICADAS:
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			FECHA DE ÚLTIMA DOSIS: (dd/mm/aaaa)
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

El comprobante de vacunación será óptimo entregarlo en conjunto con la Solicitud de Seguro. En caso de no hacerlo, éste podrá ser solicitado por GNP en cualquier momento al Asegurado. Dicho comprobante aplica para asegurados conforme al Plan Nacional de Vacunación Contra el Virus SARS-CoV-2 (COVID-19 y/o cualquiera de sus variantes) en México o bien en algún otro territorio.



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

FORMAS PARA MEDICOS S.A. DE CV TEL: 55-56-09-52

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.

**DATOS PERSONALES Y CONSENTIMIENTO**

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.

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

Nombre y firma

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)

**En caso de requerir mayor información, contáctenos a nuestra línea única de atención a clientes, Línea GNP al 55 5227-9000 o visite [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx)**