

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

Documento para uso exclusivo de la Institución

Reembolso de accidente y/o enfermedad

Favor de presentar este documento con los comprobantes originales de sus gastos.
Este cuestionario deberá ser llenado según aplique con información correcta,
detallada y firmado por el Asegurado.

Póliza No. Fecha día mes año

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 formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras.

ste formato no sera vando si	presenta tachaduras o en	iniciidadulas.				
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Códi	go cliente o No. de certificado		
SURAL TULAR TULAR						
일일						
ASI						
Q Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Cód	ligo cliente o No. de certificado		
TAD	·	` ,				
Apellido paterno Parentesco con el Asegura Solo V Si es pago adicional, an	do titular Padecimiento			¿Es primer pago?		
A C				□Si □No		
	ata al múnicos de la min					
Si es pago adicional, an tratamiento en cuestión	ote el número de la prin	nera reciamación relació	onada con ei			
SEG						
		n caso de haber solicitado				
En caso de ser distinto a Nombre o razón social	al Asegurado titular		Cóc	ligo cliente (si cuenta con él)		
Nombre o razón social						
A.A.						
Z L						
-05						
Sólo en caso de tener indemnización diaria por accidente y enfermedad, indique fecha de incapacidad. día mes año						
Detalle del reembolso Concepto Importe de gastos presentados						
Concepto Importe de gastos presenta 1. Gastos extra fuera del hospital (Medicamentos, análisis, radiografías, estudios, etc.)						
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,						
2. Honorarios médicos por consultas						
3. Gastos por hospitalización						
4. Honorarios médicos por intervención quirúrgica (Honorarios del cirujano, ayudante y anestesista)						
5. Otros gastos (especificar):						
Nota: El total de gastos presentados, debe coincidir exactamente con la suma de los comprobantes respectivos, procurando presentar éstos en el mismo						
de los comprobantes respectivos, procurando presentar éstos en el mismo Total orden de los conceptos.						
Municipio o delegación		Población y/o estado				
O CONTROL OF THE PROPERTY OF T						
EN E						
ATE						
<u>, </u>						



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

ုင္င	Seleccione y registre el nombre y RFC de	la persona a la que d	Seleccione y registre el nombre y RFC de la persona a la que deberá efectuarse el reembolso.						
	☐ Asegurado titular ☐ Asegurado afectado (sólo si es mayor de edad)								
ĬŽά	Padre, Madre o Tutor (Sólo si el Asegurado afectado es menor de edad)								
AGO-FI	Apellido paterno Apellido mater		re(s)	R.F.C. letras año mes día homoclave					
ے <u>ج</u>	Correo electrónico para notificaciones de pag (Asegurado)	correo electr (Agente/Adm	ónico para notificad inistrador de Riesg	ciones de pago os)					
ES DEL									
INSTRUCCION	*En aquellos casos en los que se trate de un Contrato en el que el Asegurado afectado sea un menor de edad, indique en el siguiente espacio el tipo de parentesco. Así mismo, anexe el Formato de Identificación del Cliente, copia de su identificación oficial, copia de su comprobante de domicilio y el (los) documento(s) correspondiente(s) que acredite(n) que se trata del padre, madre o tutor del menor.								
[+]	Si cuenta con ella.								
QUITO VÍA	1. Si está solicitando por primera vez el reembolso de gastos médicos mayores con GNP, deberá entregar junto con el presente documento el formato único de información bancaria para pago vía transferencia electrónica debidamente llenado.								
O-FINIC									
Ö	☐ Cuenta CLABE								
Žū		□ Tarjeta de [Débito						
S DEL I									
삙	3. En caso de rechazo bancario notificar a:	Agente	Teléfono de Con	tacto:					
CCION		Beneficiario del pago	Teléfono de Con	tacto:					
INSTRU				_					
Z	Firma del Asegurado afectado								
\vdash	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:								
\mathbf{E}	SOLICITANTE AFECTADO (y de su Representante Legal si es menor de edad)								
SEN	Sí consiento did	cho tratamiento	No consiento dicho	tratamiento					
CON	En caso de haber proporcionado datos person entrega, así como los lugares en los que se er	nales de otros titulares o ncuentra el Aviso de Pri	de datos, reconozo vacidad Integral pa	o mi obligación de informarles de esta ara su consulta.					



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

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. a) Formato para reembolso de Accidente y/o Enfermedad
 - b) Aviso de Accidente o Enfermedad e Informe Médico
 - c) Comprobantes de gastos con requisitos fiscales respectivos
 - d) Copia de la historia clínica completa
 - e) Interpretación de estudios, así como copia de los estudios practicados
- 2. 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.
- 3. 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.
- 4. Los recibos por honorarios profesionales de médicos, ayudantes y anestesistas deberán ser expedidos en las formas que para tal efecto exige la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y a nombre del Asegurado titular.

Dichos recibos deberán especificar el concepto, por ejemplo: consulta o ayudantía, etc. De igual forma, los comprobantes de gastos deberán ser expedidos a nombre del Asegurado titular.

- 5. Al comprar sus medicamentos en la farmacia, anexe a la nota, la receta del médico. Indique en sus notas los medicamentos o artículos que no sean para el paciente.
- 6. 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.
- 7. 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, anestesista, etc.).
- 8. No se aceptarán pagos a instituciones de beneficencia o establecimientos oficiales de servicio.
- En caso de que se presenten dos reclamaciones simultáneas, separe los gastos de cada accidente o enfermedad y llene para cada uno, toda la documentación requerida.
- 10. Haber concluido el proceso de registro de información bancaria del beneficiario del pago.

Recuerde:
Programar su cirugía o tratamiento médico le brinda grandes beneficios
¡Aprovéchelos!

Nombre y firma del Asegurado Afectado	Nombre y firma del Representante Legal
	en caso de ser menor de edad