

**Aviso de accidente o enfermedad (Reembolso, programación de servicios y/o tratamiento médico)**

Este cuestionario deberá ser llenado según aplique con información correcta, detallada, 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 los derechos que se reserva conforme a la póliza.

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

| Número de Póliza | Fecha       |
|------------------|-------------|
|                  | día mes año |

**I. Datos del Asegurado Titular**

|   |   |                        |   |
|---|---|------------------------|---|
| Apellido Paterno                            | Apellido Materno  | Nombre(s)              | Código Cliente o Número de certificado  |
| letras                                      |   | año mes día homoclave* | CURP*   |
| R.F.C.                                      |   |                        | Género<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino |
| Nacionalidad (si es distinta a la mexicana) | Estado civil<br><input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado<br><input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Concubinato | Ocupación actual       |   |
| Actividad o giro del negocio donde trabaja  | ¿El Asegurado desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No             |                        |   |
| Definir cargo                               | Correo electrónico (si cuenta con él)   |                        |   |

**Domicilio Particular**

|                        |                    |                    |
|------------------------|--------------------|--------------------|
| Calle                  | Número exterior    | Número interior    |
| Colonia                | C.P.               |                    |
| Municipio o Delegación | Ciudad o Población | Entidad Federativa |
| País                   | clave lada         | Teléfono           |

**II. Datos del Asegurado Afectado (en caso de ser distinto al Asegurado Titular)**

|  |  |                        |  |
|--|--|------------------------|--|
| Apellido Paterno   | Apellido Materno   | Nombre(s)              | Código Cliente o Número de certificado |
| letras   |  | año mes día homoclave* | Ocupación                              |
| R.F.C.   |  |                        | Parentesco con el Titular              |
| Género<br><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Estado civil<br><input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Concubinato |                        |  |

**Domicilio (en caso de ser distinto al del Asegurado Titular)**

|                        |                    |                    |
|------------------------|--------------------|--------------------|
| Calle                  | Número exterior    | Número interior    |
| Colonia                | C.P.               |                    |
| Municipio o Delegación | Ciudad o Población | Entidad Federativa |
| País                   | clave lada         | Teléfono           |

**Lugar donde recibió la atención**

|        |                        |
|--------|------------------------|
| Estado | Municipio o Delegación |
|--------|------------------------|

**III. Datos del Contratante Persona Física (en caso de ser distinto al Asegurado Titular)**

|                  |                  |                        |   |
|------------------|------------------|------------------------|---|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s)              | Código Cliente o Número de certificado  |
| letras           |                  | año mes día homoclave* | CURP*   |
| R.F.C.           |                  |                        | Género<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino |

En caso de requerir información contáctenos: al 5227 9000 para la Ciudad de México, al 01 800 400 9000

|  |                    |  |   |   |
|--|--------------------|--|---|---|
| Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)  |                    | Ocupación actual   | Actividad o giro del negocio donde trabaja    |   |
| Correo electrónico (si cuenta con él)  |                    | ¿El Asegurado desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años?                                |   |   |
| Definir cargo  |                    | Relación con el Solicitante Titular  |   |   |
| <b>Contratante (en caso de existir como Persona Moral)</b>   |                    |  |   |   |
| Razón Social   |                    |  | Código Cliente (si cuenta con él)             |   |
| R.F.C.   |                    | Giro mercantil, actividad u objeto social  |   |   |
| letras   |                    | año  | mes   | día   |
| homoclave*   |                    |  |   |   |
| Correo electrónico o página de internet (si cuenta con ella)   |                    |  |   |   |
| <b>Nombre del Representante Legal</b>  |                    |  |   |   |
| Apellido Paterno   |                    | Apellido Materno   |   | Nombre(s)   |
| <b>Domicilio del Contratante (Persona Física o Moral)</b>  |                    |  |   |   |
| Calle  |                    |  | Número exterior                               | Número interior   |
| Colonia  |                    | C.P.   | Municipio o Delegación                        |   |
| Ciudad o Población   | Entidad Federativa | País (si es distinto a México)   |   | Teléfono  |
|  |                    | clave lada   |   |   |
| ¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en ésta u otra compañía?                          |                    |  | No. de reclamación                            |   |
| Tipo 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 |                    |  |   |   |
| 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)?                          |                    | Nombre de la Compañía  |   | Cobertura   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |                    |  |   | Número de Póliza  |
| Suma Asegurada (Gastos Médicos)  |                    | Anexar copia de la actuación del Ministerio Público o comprobante y/o reporte recibido de la Compañía, así como interpretación de estudios realizados. |   |   |
| Hospital donde se internará  |                    | Datos de ingreso programado  |   |   |
|  |                    | hora   | día   | mes año   |
| Nombre del médico  |                    | Especialidad   |   | ¿Se encuentra en convenio con esta Compañía?            |
|  |                    |  |   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

410000

¿A través de qué medio le fué referido el médico?

GNP Seguros       Hospital       Otro

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.

**Cobertura de Enfermedades Catastróficas Nacional (CEC-Nacional) Para Pólizas Premier 300**

En caso de tenerla contratada indique si desea programar la atención médica a través de esta cobertura:     Sí  No

**IMPORTANTE:**

Los padecimientos que quedan cubiertos a través de CEC-Nacional 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:

- PROCEDA: GNP asignará el Hospital y Médico tratante, mismos que podrían ser distintos a los que usted indica en este formato.
- 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:**

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP), 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:

Sí        Consiento dicho tratamiento

No        Consiento dicho tratamiento

En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares de datos, reconozco mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del Asegurado y/o Contratante**

| Nombre del agente | Clave | Teléfono | Estado |
|-------------------|-------|----------|--------|
|                   |       |          |        |

**Línea GNP**

**5227 9000    Ciudad de México**  
**01 800 400 9000    Sin costo Nacional**

**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**