

(Formato para 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.

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 FAVOR DE 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 DE LA RECLAMACIÓN

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en ésta u otra compañía?	Tipo de reclamación / siniestro
☐ Sí ☐ No	☐ Inicial ☐ Complementaria

Núm. de reclamación/siniestro	Se trata de	Indicar el diagnóstico
	☐ Accidente ☐ Enfermedad ☐ Embarazo	

Detalle de accidente o enfermedad Describa ¿cómo ocurrió el accidente? / ¿cómo inició el padecimiento? Es importante indicar la **fecha completa** de cuándo ocurrió o inició

Fecha de inicio

/ /

Hospital donde se internará o tratará (o donde se trató)	Hora de ingreso	Fecha de ingreso al hospital
		/ /

Nombre del médico	Especialidad	¿Está en convenio con GNP?
		☐ Sí ☐ No

¿En su caso, intervinieron autoridades legales?

☐ Sí ☐ No

Si en su caso intervinieron autoridades legales, presentar copia del acta del Ministerio Público

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 accidente automovilístico,

¿Existe seguro del (de los) automóvil(es)?

Nombre de la compañía aseguradora

☐ Sí ☐ No

Cobertura

Suma Asegurada (Gastos Médicos)

Número de Póliza

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 CONTACTO

Contacto Asegurado o contacto de seguimiento

Tipo de contacto

Primer apellido

Nombre(s)

Celular

Correo electrónico

Dirección (En caso de programar servicios a domicilio, indique la dirección del Asegurado de forma obligatoria)

Calle

Núm. exterior

Núm. interior

Colonia

Código postal

Municipio o Alcaldía

Estado

Núm. de teléfono 1*

Núm. de teléfono 2* *(En caso de programar servicios a domicilio, indique 2 números de contacto)

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 o en el teléfono 55 5227-9000 a nivel nacional.

Datos personales y Aviso de privacidad:

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.

Aceptación:

Por medio de la presente, autorizo de manera expresa a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., para que proporcione a mi agente información relativa al estatus, seguimiento y resolución de esta reclamación o aquella necesaria para la correcta gestión del trámite.

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.

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que la totalidad de la información proporcionada en este documento es veraz, completa y precisa, en relación a los antecedentes médicos de mi conocimiento. En consecuencia, asumo la plena responsabilidad de las implicaciones que de ello se deriven, toda vez que tengo cabal comprensión del contenido de las condiciones generales, particulares y la demás documentación contractual que integra mi póliza de seguro de Gastos Médicos Mayores.

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