

Reembolso de accidente y/o enfermedad

Favor de presentar este documento con los comprobantes originales de sus gastos.
Este formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras.

Póliza No.	Fecha		
	día	mes	año

I. Datos del Asegurado titular			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente o No. de certificado

II. Datos del Asegurado afectado			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente o No. de certificado

Parentesco con el Asegurado titular	Padecimiento	¿Es primer pago?
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si es pago adicional, anote el número de la primera reclamación relacionada con el tratamiento en cuestión	No. de reclamación en caso de haber solicitado pago directo
--	---

III. Datos del contratante (en caso de ser distinto al Asegurado titular)	
Nombre o razón social	Código cliente (si cuenta con él)

IV. Datos del reembolso

Línea Azul Certeza

Si no está asegurado con este plan favor de continuar en el apartado de **Detalle del reembolso**

En caso de contar con este plan, especifique la(s) cobertura(s) que desea afectar, en caso de no hacerlo o de que su selección no sea la que proceda, de manera automática se tramitarán todas las coberturas que sí proceden:

Enfermedades Graves (si usted selecciona esta opción, deberá llenar además el siguiente apartado "Detalle del reembolso")
 Procedimientos Quirúrgicos
 Hospitalización

IMPORTANTE:
Podrá consultar el detalle de las enfermedades y procedimientos quirúrgicos amparados bajo estas coberturas en sus condiciones Generales, en nuestra página de Internet gnp.com.mx o bien, comunicarse a Línea GNP a los teléfonos 5227 9000 desde la Ciudad de México o al 01 800 400 9000 sin costo desde el interior de la República.

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
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 orden de los conceptos.	Total

V. Lugar donde recibió la atención	
Municipio o delegación	Población y/o estado

Formato Único de Información Bancaria para pago vía Transferencia Electrónica

Código de Filiación (Uso exclusivo de GNP)

Seleccione la opción de acuerdo al trámite que desea realizar (Puede seleccionar ambas opciones si lo requiere)

Alta de cuenta (Registrar la información de la sección I y II) Baja de cuenta (Registrar la información de la sección I y III)

I. Información General

Nombre o Razón Social del Titular de la Cuenta Bancaria (Se deberá escribir conforme aparece en el estado de cuenta bancario)

Domicilio Fiscal del Titular de la Cuenta Bancaria

Calle		No. exterior	No. interior	Colonia	C.P.
Municipio o delegación	Ciudad o población	Entidad federativa		Teléfono de contacto (Casa/oficina) lada	Ext.
Teléfono de contacto (Móvil)	R. F. C. del Titular de la Cuenta bancaria	letras	año	mes	día
		homoclave (si cuenta con ella)	CURP		

II. Alta de cuentas bancarias

Seleccione una de las siguientes opciones de pago y registre la información solicitada en la sección correspondiente:

Opción

A Cuenta CLABE Realizar los pagos a una cuenta CLABE de 18 dígitos que aparece en el estado de cuenta impreso o que es proporcionada en cualquier sucursal de su banco.

B Número de Tarjeta Realizar el pago a una Tarjeta de Débito con el número del plástico de 16 dígitos y el banco al que pertenece

Nombre del Banco: _____

C Monedero Electrónico GNP Realizar el pago en Monedero Electrónico GNP.
 Ratifico con mi firma que el número de cuenta será proporcionado por Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
 Cuando el Monedero Electrónico GNP sea expedido a favor de un menor de edad, el uso y manejo del plástico será responsabilidad de su representante legal, liberando a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. de cualquier reclamación al respecto.

Apartado para uso exclusivo de GNP
 Número de Monedero Electrónico GNP asignado:

La entrega del Monedero Electrónico GNP no garantiza la autorización del pago solicitado.

III. Baja de cuentas bancarias

Indique el tipo de cuenta y los últimos cuatros dígitos del número de cuenta bancaria que desea dar de baja:

Cuenta CLABE Tarjeta de Débito Monedero Electrónico GNP

Por el conducto indicado anteriormente solicito y autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del Contrato de Seguro concertado con esta Aseguradora me sea cubierto, de acuerdo a los datos proporcionados.

Al efectuarse el pago de acuerdo a la forma seleccionada, por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones de la póliza, reconozco que se ha efectuado y otorgo a favor de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., el más amplio finiquito que en derecho proceda.

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP) se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet www.gnp.com.mx en la sección aviso de privacidad.

Nombre y Firma del Titular de la cuenta bancaria o representante legal de la empresa

Anexar al Formato los documentos correspondientes

- | | |
|--|---|
| <p>Persona física:</p> <ul style="list-style-type: none"> Copia del encabezado del estado de cuenta bancario donde se pueda identificar el nombre del Titular y número de cuenta correspondiente o documento formal emitido por la institución bancaria en el que se acredite la titularidad de la cuenta a la que va a realizarse la transferencia Copia de la identificación oficial vigente. | <p>Persona moral:</p> <ul style="list-style-type: none"> Copia del encabezado del estado de cuenta bancario donde se pueda identificar el nombre del Titular y número de cuenta correspondiente o documento formal emitido por la institución bancaria en el que se acredite la titularidad de la cuenta a la que va a realizarse la transferencia. Copia del Acta Constitutiva de la empresa Copia de la cédula fiscal de la razón social Copia de la identificación oficial vigente del representante legal. <p>En caso de que su representación obre en una escritura diferente al acta constitutiva, anexar copia del poder del representante legal.</p> |
|--|---|

IV. Apartado para uso exclusivo de Grupo Nacional Provincial, S.A.B.

<input type="checkbox"/> Cuenta dada de alta <input type="checkbox"/> Información validada vs documentación adjunta <input type="checkbox"/> Cuenta dada de baja <input type="checkbox"/> Cuenta Bancaria no encontrada	Sello de recibido
--	-------------------

VI. Instrucciones del pago-finiquito vía transferencia electrónica

Seleccione y registre el nombre y RFC de la persona a la que deberá efectuarse el pago.

Asegurado titular/Participante Asegurado afectado/Participante (sólo si es mayor de edad) Padre, Madre o Tutor (sólo si el Asegurado/Participante afectado es menor de edad)

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____
R.F.C. letras año mes día homoclave (si cuenta con ella)

Correo electrónico para notificaciones de pago (Asegurado) _____ Correo electrónico para notificaciones de pago (Agente/Administrador de Riesgos) _____

*En aquellos casos en los que se trate de un Contrato en la que el Asegurado afectado/Participante 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

Parentesco con el Asegurado afectado/Participante
 Padre Madre Tutor

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.

2. Si no es la primera vez que tramita reembolso de gastos médicos mayores con GNP y tiene más de una cuenta de pago registrada en GNP indique los últimos 4 dígitos:

- Cuenta CLABE _____
- Tarjeta de Débito _____
- Monedero Electrónico GNP _____

NOTA: En caso de no indicar la información solicitada, el pago se realizará a la cuenta en la que se depositó el último reembolso.

3. En caso de rechazo bancario notificar a:

Agente Teléfono de Contacto: _____
Beneficiario del pago Teléfono de Contacto: _____

Datos Personales y 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 www.gnp.com.mx. Por lo anterior:

Si 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 disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

Firma del Asegurado

Instructivo para el trámite de reclamaciones por reembolso en accidente y/o enfermedad

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 anestelistas 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, anestesiista, etc.).
8. No se aceptarán pagos a instituciones de beneficencia o establecimientos oficiales de servicio.
9. 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!

40 20 23