

**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.

Póliza No.	Fecha		
	día	mes	año

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

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

[+] 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	
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.			
HOSPITAL DONDE SE INTERNARÁ		DATOS DE INGRESO PROGRAMADO	
		HORA:	día mes año

4020875Carvisaaccct_0913V0.indd

NOMBRE DEL MÉDICO	ESPECIALIDAD	¿SE ENCUENTRA EN CONVENIO CON ESTA COMPAÑÍA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿A TRAVÉS DE QUÉ MEDIO LE FUE REFERIDO EL MÉDICO? <input type="checkbox"/> GNP SEGUROS <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> 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.

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:

CONSENTIMIENTO	SOLICITANTE TITULAR (y de su Representante Legal si es menor de edad)	CONTRATANTE (Solo si es diferente al solicitante)
	<input type="checkbox"/> Sí consiento dicho tratamiento <input type="checkbox"/> No consiento dicho tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí consiento dicho tratamiento <input type="checkbox"/> 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

Se validó la identificación oficial exhibida por el Asegurado y/o Contratante, 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

41020875Cavisocacid_09131VD_1mmid