

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 www.gnp.com.mx o bien, comunicarse a Asistencia Línea Azul a los teléfonos 5227 3333 desde la Ciudad de México o al 01 800 001 9200 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 anestesiista)	
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

--

VI. Instrucciones del pago-finiquito

Indique la persona a cuyo nombre 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)

En aquellos casos en los que se trate de un Contrato en el que el Asegurado afectado/Participante sea un menor de edad, indique en el siguiente espacio el nombre de la persona a quien deberá efectuarse el pago (padre, madre o tutor). Asimismo 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:

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Parentesco con el Asegurado afectado/Participante <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor
------------------	------------------	-----------	---

R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	Clave lada	Teléfono	Teléfono móvil
--------	--------	-----	-----	-----	-----------------------------------	------------	----------	----------------

Domicilio*

Calle	No. exterior	No. interior	Colonia
-------	--------------	--------------	---------

C.P.	Municipio o delegación	Ciudad o población	Entidad federativa
------	------------------------	--------------------	--------------------

lada	Teléfono (1)	Ext	lada	Teléfono (2)	Ext	lada	Fax	Ext
------	--------------	-----	------	--------------	-----	------	-----	-----

Correo electrónico del Asegurado o padre o tutor*	Correo electrónico Agente o Despacho (en caso de tenerlo)
---	---

Elija una forma de pago:

 Transferencia a cuenta de cheques CLABE: - - -
 Transferencia a Tarjeta de Débito No. de la Tarjeta:

Nombre del Banco: _____

Se recomienda anexar copia de estado de cuenta bancario e identificación oficial.

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 en relación con esta reclamación y en particular por este concepto.

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:

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 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. | <p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 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. |
|--|--|

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

Para el uso exclusivo de GNP
 AEP: _____