

¿Cómo ingresar un trámite de tu Seguro Médico GNP?

El primer paso para realizar un trámite de tu Seguro GNP, es descargar y regístrate en la



Da clic en el trámite que requieres realizar y conoce el paso a paso:

Programación de cirugía 💥

Anexo podrás encontrar las guías de llenado de documentos que se te solicitarán, es necesario tomes en cuenta todo el detalle:

- <u>Guía reembolso de accidente o enfermedad</u>
- <u>Guía informe médico</u>

Reembolso St

- <u>Guía aviso de accidente</u>
- <u>Guía formato de información bancaria</u>

Programación de servicios 🔬





Reembolso

Descarga y llena según sea el caso los siguientes formatos:

• Aviso de accidente o enfermedad (llenado por el Asegurado).

Descárgalo aquí

Conoce cómo llenarlo <u>aquí</u>

• Reembolso de accidente o enfermedad (llenado por el Asegurado).

Descárgalo aquí

Conoce cómo llenarlo <u>aquí</u>

• Informe médico (debidamente llenado por tu médico tratante).

Descárgalo <u>aquí</u>

Conoce cómo llenarlo <u>aquí</u>

• El formato único de información bancaria.

Los formatos también puedes llenarlos desde tu **app Soy Cliente GNP**

Descárgalo <u>aquí</u> Conoce cómo llenarlo <u>aquí</u>

2 Ingresa a la app o portal Soy Cliente GNP

TELCEL 16:09 🗭 🗢 🔤 😰	🛯 🕸 🛜 💷 💼 30 %
	VP° SA WI Perfil
;Buenas	tardes!
Mis Seguros	
Autos Gastos Médicos	Vida Hogar y mascotas
Beneficios Soy Cliente GN	¡Conoce másl P Ver más >
CON TU SEGURO O DE AUTO, MOTO, VIE HOGAR O MÉDICO CUENTAS CO VIENTACIÓN MÉDICA VIA TELER Y POR VIDEOLLAM	ATRAVES DE ENCONTRAVES
Directorio Mis Trámites	Tarjeta GMM Linea GNP
< ○	

Gastos Médicos Actualiza pólizas no visibles C No. Póliza: 0000000000 CONEXION PERSONALIZA VIGENCIA 15/Mayo / 2025 Ver más Ver más regar Póliza Noce más de nuestros productos C C C C C C C C C C C C C C C C C C C		
Actualiza pólizas no visibles Ĉ No. Póliza: 0000000001 CONEXION PERSONALIZA VIGENCIA 15 / Mayo / 2025 Ver más ✓ No. Póliza: 0000000002 REMIER GRUPO VIGENCIA 01 / Enero / 2025 Ver más ✓	Gastos Méd	icos
No. Póliza: 000000001 CONEXION PERSONALIZA VIGENCIA 15 / Mayo / 2025 Ver más ✓ No. Póliza: 0000000002 REMIER GRUPO VIGENCIA 01 / Enero / 2025 Ver más ✓ regar Póliza noce más de nuestros productos Accesos rápidos	Actualiza pólizas	no visibles C
CONEXION PERSONALIZA VIGENCIA 15 / Mayo / 2025 Ver más ✓ No. Póliza: 0000000002 PREMIER GRUPO VIGENCIA 01 / Enero / 2025 Ver más ✓ regar Póliza noce más de nuestros productos rápidos	No. Póliza: 0000	000001
VIGENCIA 15 / Mayo / 2025 Ver más ✓ No. Póliza: 0000000002 PREMIER GRUPO VIGENCIA 01 / Enero / 2025 Ver más ✓ regar Póliza noce más de nuestros productos Accesos rápidos	CONEXION PERSONALIZ	A
Ver más ✓ No. Póliza: 0000000002 PREMIER GRUPO VIGENCIA 01 / Enero / 2025 Ver más ✓ regar Póliza noce más de nuestros productos	VIGENCIA	
Ver más ✓ No. Póliza: 0000000002 PREMIER GRUPO VIGENCIA 01 / Enero / 2025 Ver más ✓ regar Póliza noce más de nuestros productos	10 / mayo / 2025	
No. Póliza: 0000000002 PREMIER GRUPO VIGENCIA 01 / Enero / 2025 Ver más ✓ regar Póliza noce más de nuestros productos Accesos rápidos	Ver más	
No. Póliza: 000000002 PREMIER GRUPO VIGENCIA 01 / Enero / 2025 Ver más ❤ regar Póliza noce más de nuestros productos Accesos rápidos		
regar Póliza	PREMIER GRUPO	00002
noce más de nuestros productos Accesos rápidos	PREMIER GRUPO VIGENCIA 01 / Enero / 2025 Ver más	• ∨
Accesos rápidos	PREMIER GRUPO VIGENCIA 01 / Enero / 2025 Ver más	↓ ↓
	PREMIER GRUPO VIGENCIA 01 / Enero / 2025 Ver más gregar Póliza	s productos
\triangleleft \bigcirc \Box	PREMIER GRUPO VIGENCIA 01 / Enero / 2025 Ver más gregar Póliza	s productos
	PREMIER GRUPO VIGENCIA 01 / Enero / 2025 Ver más gregar Póliza	s productos





Dirígete a la sección Gastos Médicos.



Elige la póliza a utilizar.



Selecciona "Trámites".









 Padecimiento Por favor indique el padecimiento que corresponde al reembolso, seleccionando alguna de las dos opciones: RECLAMACIÓN PREVIA Elige esta opción si el padecimiento ha sido registrado anteriormente con GNP (ya cuenta con número de reclamación) RECLAMACIÓN POR PRIMERA VEZ Elige esta opción si el padecimiento no ha sido registrado anteriormente con GNP (no tiene número de reclamación) 	Padecimiento Padecimiento que corresponde al reembolso, seleccionando alguna de las dos opciones: RECLAMACIÓN PREVIA Clige esta opción si el padecimiento ha sido registrado anteriormente con GNP (ya cuenta con número de reclamación) RECLAMACIÓN POR PRIMERA VEZ Clige esta opción si el padecimiento no ha sido registrado anteriormente con GNP (no tiene número de reclamación) CONTINUAR Salir	16:33	🛨 🗭 🖸 🧧 🔍	N *0 🗟	: .iil 🗊 26 %
 Por favor indique el padecimiento que corresponde al reembolso, seleccionando alguna de las dos opciones: RECLAMACIÓN PREVIA Clige esta opción si el padecimiento ha sido registrado anteriormente con GNP (ya cuenta con número de reclamación) RECLAMACIÓN POR PRIMERA VEZ Clige esta opción si el padecimiento no ha sido registrado anteriormente con GNP (no tiene número de reclamación) 	<section-header> Por favor indique el padecimiento que corresponde al reembolso, seleccionando alguna de las dos opciones: ICCLAMACIÓN PREVIA O Elige esta opción si el padecimiento fa sido registrado anteriormente con GNP (ya cuenta con número de reclamación) ICCLAMACIÓN POR PRIMERA VEZ O Elige esta opción si el padecimiento no ha sido registrado anteriormente con GNP (no tiene número de reclamación) ICONTINUR Salir</section-header>	2 de 6	Padecimien	to	~
reclamación) RECLAMACIÓN POR PRIMERA VEZ O Elige esta opción si el padecimiento no ha sido registrado anteriormente con GNP (no tiene número de	reclamación) RECLAMACIÓN POR PRIMERA VEZ C Elige esta opción si el padecimiento no ha sido registrado anteriormente con GNP (no tiene número de reclamación) Continuar Salir	Por f corre algui R	favor indique el p esponde al reemi na de las dos op ECLAMACIÓN PRE Elige esta opció ha sido registra con GNP (ya cu	oadecimient bolso, selec ciones: VIA ón si el pade ido anterior enta con nú	cionando ecimiento mente imero de
	reclamación) Continuar Salir	■ R	reclamación) ECLAMACIÓN POR Elige esta opció no ha sido regis con GNP (no tie	PRIMERA VE ón si el pade strado anter ene número	z ecimiento riormente de

Elige "Reembolso".

Selecciona el tipo y da clic en "Continuar".





Las facturas deben estar a nombre del Asegurado relacionado con el trámite y deben incluir el desglose de costo unitario y vigencia de max 24 meses.



F

Selecciona el titular e ingresa los datos bancarios a quien se hará el reembolso.

G









La documentación complementaria es opcional. Sin embargo nos ayudará a obtener detalles de tu trámite.

H

Carga los formatos y **documentos complementarios**:

Formatos:

- Aviso de accidente o enfermedad, llenado por el Asegurado.
- Informe médico: es necesario que lo llene cada uno de los especialistas de los cuáles recibiste atención médica.
- **Reembolso de accidente o enfermedad**, llenado y firmado por el Asegurado.

Documentación complementaria:

- Comprobantes originales de gastos a nombre del Asegurado titular o Asegurado afectado, tales como: facturas y recibos de honorarios médicos.
- Resultado de análisis clínicos de laboratorio, estudios y demás información que hayan servido para llegar al diagnóstico o de seguimiento para la evolución del padecimiento.
- Interpretación de estudios que corroboren el diagnóstico.
- Bitácora de atención en caso de servicio de enfermería y rehabilitación física.
- Historia clínica elaborada por el médico tratante.
- Si en el caso intervinieron autoridades legales, presentar **copias del acta del Ministerio Público**.



Las facturas deben estar a nombre del Asegurado relacionado con el trámite y deben incluir el desglose de costo unitario y vigencia de max 24 meses.



Ingresa las facturas a reembolsar.





Programación de cirugía

Descarga y llena según sea el caso los siguientes formatos:

• Aviso de accidente o enfermedad (llenado por el Asegurado).

Descárgalo <u>aquí</u>

Conoce cómo llenarlo <u>aquí</u>

 Informe médico (debidamente llenado por tu médico tratante).

Descárgalo <u>aquí</u>

Conoce cómo llenarlo <u>aquí</u>

Los formatos también puedes llenarlos desde tu **app Soy Cliente GNP** >Menú izquierdo>Formatos

2 Ingresa a la app o portal Soy Cliente GNP







Dirígete a la sección Gastos Médicos.



C Selecciona **"Trámites"**.















Seleccion "Programación de servicios".

Posteriormente "Programación de cirugía" y elige el tipo de servicio.

TELCEL 22:51 @	@1	🛿 🕸 完 🕼 🛄 82 %
× Program hospital	ación de servi arios	cios
1 de 6 Asegu	urado	~
Póliza: 00000611647306	Producto: CONEXION PERSONALIZA	Contratante: Susana Amairani Vilchis Trujillo
Selecciona al <i>i</i> trámite.	Asegurado rela	acionado al
Nombre del Aseg	jurado	*
Rol de la Póliza		
Fecha de nacimie	ento	
4	0	

F Llena los datos requeridos como:

- Nombre del Asegurado, quién tuvo el accidente o enfermedad.
- Rol de la Póliza.
- Fecha de nacimiento del Asegurado.









Es importante que **verifiques que esté dentro tu plan contratado**.





Indica el padecimiento de la cirugía a programar. Selecciona el hospital o clínica donde te realizarán la cirugía.

TELCEL 2	2:57 🖻	4	D 🛛 🕸 🕄 💷 🗖	080 %
×	Programa hospitalar	ción de ser ios	vicios	
4 de 6	Médico	tratante		~
Ingre Pued espe	se el nomb e filtrarlo p cialidad mé Buscar (re del méd or círculo idica. por	lico tratante médico y/o	۹.
		Continuar Salir		
01,	02/1980			
	\triangleleft	0		



Ingresa los datos del contacto de seguimiento.







Carga los formatos y documentos complementarios.

Formatos:

- Aviso de accidente o enfermedad, llenado por el Asegurado.
- Informe médico: es necesario que lo llene cada uno de los especialistas de los cuáles recibiste atención médica.

Documentación complementaria:

- Resultado de análisis clínicos de laboratorio, estudios y demás información que hayan servido para llegar al diagnóstico o de seguimiento para la evolución del padecimiento.
- Interpretación de estudios que corroboren el diagnóstico.
- Bitácora de atención en caso de servicio de enfermería y rehabilitación física.
- Historia clínica elaborada por el médico tratante.
- Integrantes del equipo médico, RFC y teléfonos de contacto.
- Presupuesto desglosado por cada integrante del equipo médico o quirúrgico.

La documentación complementaria es opcional. Sin embargo nos ayudará a obtener detalles de tu trámite.





Programación de servicios

Aviso de accidente o enfermedad (llenado por el Asegurado).

Descárgalo <u>aquí</u>

Conoce cómo llenarlo <u>aquí</u>

 Informe médico (debidamente llenado por tu médico tratante).

Descárgalo <u>aquí</u> Conoce cómo llenarlo <u>aquí</u> Los formatos también puedes llenarlos desde tu **app Soy Cliente GNP** >Menú izquierdo>Formatos

2 Elige el tipo de servicio que requieres programar



	servicios
	¿Qué tipo de Programación de servicios deseas iniciar?
	O Programación de Cirugía Para hospitalización y/o cirugía que se realizará próximamente.
	O Programación de Medicamentos Para tratamientos de seguimiento prolongado.
A	 Programación de Servicios Auxiliares Para solicitar terapia, enfermería, equipo médico, etc. Ver formatos requeridos
	Tipo de servicio

B

Llena los datos requeridos como:

- Nombre del Asegurado, quién tuvo el accidente o enfermedad.
- Rol de la Póliza.

• Fecha de nacimiento del Asegurado.

Vivir es increíble®

Menú





RECLAMACIÓN PREVIA

 Elige esta opción si el padecimiento ha sido registrado anteriormente con GNP (ya cuenta con número de reclamación)

RECLAMACIÓN POR PRIMERA VEZ

Elige esta opción si el padecimiento no ha sido registrado anteriormente con GNP (no tiene número de reclamación)

 \bigcirc





 \triangleleft



Indica el padecimiento correspondiente al servicio.

Selecciona el **hospital o clínica**.

TELCEL 11:27 🔎 🗹	I	斎 .ıll □l 14 %
× Progra auxilia	imación de servicio ires	s ⑦
4 de 7 Méd	dico tratante	~
Ingrese el no Puede filtrar especialidad	ombre del médico t lo por círculo médi l médica.	ratante. co y/o
∃ <u>≓</u> Buse	car por	Q
	Continuar	
	Salir	
\leq	0	1



Ingresa el nombre de tu médico tratante.

Е

Ingresa los datos del **contacto de seguimiento**.

F







Carga los formatos y **documentos complementarios**:

Formatos:

- Aviso de accidente o enfermedad, llenado por el Asegurado.
- Informe médico: es necesario que lo llene cada uno de los especialistas de los cuáles recibiste atención médica.

Y de acuerdo al servicio que requieras programar, agregar los **documentos complementarios**:

Terapia física y rehabilitación:

- Bitácora de atención en caso de servicio de enfermería y
- rehabilitación física.
- Diagnóstico definitivo y tratamiento a seguir por parte del
- médico tratante.

Medicinas:

• Interpretación de estudios que corroboren el diagnóstico.

La documentación complementaria es opcional. Sin embargo nos ayudará a obtener detalles de tu trámite. • **Receta** del médico tratante.

Enfermería:

 Documento del médico tratante, donde se establezca la necesidad de enfermería y el número de horarias diarias requeridas.

Si requieres mayor información o tienes alguna duda referente a tu trámite, acércate a tu Agente GNP o comunícate a nuestra línea única de atención a clientes

LíneaGNP[®])) 55·5227·9000 Opción 7





Guía de llenado del informe médico (Debe ser llenado por el Asegurado afectado)

La presente guía tiene el propósito de orientar sobre el llenado del formato original, mismo que deberá ser con la misma tinta (negra o azul).



Seleccionar el tipo de trámite a realizar

Colocar los datos de la persona que está recibiendo la atención médica

Debe ser llenado por el médico, con todos los antecedentes personales patológicos estén o no relacionados al padecimiento a tratar, tratamiento a seguir y diagnóstico definitivo de acuerdo a los estudios previamente realizados, así como fecha de primeros síntomas y fecha de diagnóstico

Debe ser llenado por el médico, con todos los antecedentes personales patológicos estén o no relacionados al padecimiento a tratar, tratamiento a seguir y diagnóstico definitivo de acuerdo a los estudios previamente realizados, así como fecha de primeros síntomas y fecha de diagnóstico

d, indispensable la fecha de ir antigüedad, que presenta tos c 'ía con un FEV1/CVF < 0.7 y un	ricio Fecha de inicio 01 04 20 rrónica, expectoración y a disminución del FEV1
antigüedad, que presenta tos c ría con un FEV1/CVF < 0.7 y un	rónica, expectoración y a disminución del FEV1
	Fecha de diagnóstico 08 /06 20
Obstructivo Pulmonar Crónico ((COPD).
ha relacionado algún otro ecimiento? Especific (Si no exi indicar "r	que cuál padecimiento: iste padecimiento, ninguno")
Sí • No	
	Dbstructivo Pulmonar Crónico (ha relacionado algún otro ecimiento? Sí • No CNR al 55 5227 9000 o visite

Este documento es solo de carácter informativo, no llenarlo.

	Grupo Nacional Provincial,	S.A.B. Av. Cerro de las Torres N	No. 395 Col. Campestre Churubusco C.P.	Inform Gast	e médico os Médicos 5.C. GNP9211244P0
HISTORIA CL	LÍNICA (CONTINUACIÓN)			
Signos vitales y r Pulso (x minuto) 72 ppm	medidas antropométricas Respiración (x minuto) 16 ppm	del paciente Temperatura (°C) 36.8°C	Presión arterial (mm Hg) 120/80 mmHg	Peso (kg) 65 kg	Altura (m) 1.65 m
Resultados de	e exploración física re	alizada el día del	diagnóstico		
Se observa un b pulmonar sin alt periféricos palpa	buen estado general, piel y teraciones, abdomen blando ables.	mucosas normocolorea y no doloroso a la palp	idas e hidratadas, respiración ación, y extremidades con bue	y auscultació en llenado cap	n cardiaca y bilar y pulsos
Estudios realiz (Indique los estudi	zados (anexar interpr lios y en caso de que no se	retaciones que con llevaron a cabo, espec	nfirmen diagnóstico) ificar que no se realizaron)		
VEF1 (Volumen esp CVF (Capacidad vita Cociente VEF1/CVF:	oiratorio forzado en el primer segu al forzada): 60% del valor teórico : 0.92	ndo): 55% del valor teórico			
Complicacione Indique y describa	es a si se presentaron complica	aciones			Fecha de inicio / /
Sí No	No se observan complicacion	es relevantes en la exploraci	ón física.		
Tratamiento [Detallar los tratamientos, pr (dd/mm/aa) . En caso de me	ocedimientos y técnica edicamentos menciona	quirúrgica especificando las ar posología completa	s fechas	Fecha de inicio 08 /06 20
Implementar med ables.	lidas de prevención cardiova	scular, como dieta baja	en sodio, control de colesterol	y hábitos de	vida salud-
En caso de interv Eiemplo: equipo d	vención quirúrgica, ¿qué de laparoscopía, equipo de	equipo específico se fluoroscopia, etc.	utilizará? Especificar las fec	has (dd/mm/a	aa)

Equipo de laparoscopía

Información adicional

En caso de hipertensión arterial diagnosticada, iniciar tratamiento farmacológico con antihipertensivos según criterio médico.

Nombre del hospi	ital o clínica donde in	ngresará el paciente	Ciudad	Estado
Hospital Santa	Clara		Monterrey	Nuevo León
Tipo de estancia				Fecha de ingreso
Urgencia	Hospitalaria	Corta estancia / ambul	atoria	08/06 20

Colocar los datos del hospital o clínica donde está recibiendo la atención médica



Informe médico

Gastos Médicos

₩GNP[®]

SEGUROS Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Cerro de las Torres No. 395 Col. Campestre Churubusco C.P. 04200, CDMX. R.F.C. GNP9211244P0

DATOS DEL MÉDI	CO TRATANTE			
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Especialidad	
			Cardiologia	
Cédula profesional	Cédula de especialidad	¿Está en convenio con (GNP? Se ajusta al tabulador	
1234567890	Cirugia General	• Sí No	Si No	
Ppto. de honorarios	Teléfono consultorio	Celular Correo ejemplo	electrónico 123@gmail.com	
Tipo de participación		¿Hubo interc	consulta?	
Tratante • Ciru	ijano Otra ¿Cuál?	 Sí (captu 	re los datos en la siguiente sección)	No
DATOS DE MÉDIO	OS INTERCONSULTANTE	ES O PARTICIPANTES EN	LA INTERVENCIÓN	
Médico 1 Tipo de p	articipación			
Interconsultante	Cirujano Aneste	siólogo Ayudantía	Otra ¿Cuál?	
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Especialidad	
			Cardiología	
Cédula profesional	Cédula de especialidad	Presupuesto de honora	rios	
1234567890	Médico General			
Médico 2 Tipo de p	articipación			
Interconsultante	Cirujano Anester	siólogo Ayudantía	Otra ¿Cuál?	
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Especialidad	
			Neurología	
Cédula profesional	Cédula de especialidad	Presupuesto de honora	rios	
1234567890	Cirugía General			
Médico 3 Tipo de p	articipación			
Interconsultante	Cirujano Aneste	siólogo Ayudantía	Otra ¿Cuál?	
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Especialidad	
			Cardiología	

En caso de ser más médicos los que participen en el procedimiento (es necesario colocar toda la información)

	Cédula profesionalCédula de especialidadPresupuesto de honorarios1234567890Médico General
	Declaro bajo protesta de decir verdad que la información asentada en este documento es verídica ya que es proporcionada conforme a la evolución médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, asimismo por la referencias del propio paciente o de sus familiares.
	Datos Personales: Reconozco que previo a proporcionar los datos personales, 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 los datos personales y/o revocar el consentimiento, así como para ejercer derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Asimismo manifiesto tener conocimiento que se puede 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 ni 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 consultar
Debe ser en la que se	15 de mayo de 2023, Monterrey Supervisión Lugar y fecha Nombre y firma del médico tratante
formato	En caso de requerir mayor información contáctenos a Línea GNP al 55 5227 9000 o visite gnp.com.mx 3/3

Este documento es solo de carácter informativo, no llenarlo.

Nombre y firma del médico tratante (puede ser firma autógrafa o digital)





Guía de Aviso de accidente o enfermedad (Debe ser llenado por el asegurado afectado)

La presente guía tiene el propósito de orientar sobre el llenado del formato original, mismo que deberá ser con la misma tinta (negra o azul).



Este espacio solo debe ser llenado en caso de accidente (recuerda que para ser considerado accidente, el primer gasto debe ser dentro de los primeros 10 días, así como cumplir las condiciones descritas en la Póliza)

spondiente. Como resultado del accidente, el vehículo asegurado sufrió daños en la parte delantera. Afortunadamente, el asegurado resultó ileso.

ospital donde se internará o tratará (o donde se trató)		Hora de ingreso	Fecha de ingreso al hospita		
Hospital Santa Clara		18:15	24/01 2020		
Nombre del médico	Especialidad	1	¿Está en convenio con GNP?		
Méd		eral	Sí No		
¿En su caso, intervinieron autorid	ades legales?				
Sí No					
Si on su caso intervinieren autoris	ladas lagalas, presentar copi	a dal acta dal Ministori	o Dúblico		
Mediante este documento declaro qu médicos que conozco, y me hago re	ue toda la información vertida e sponsable de sus consecuenci	n él es verdadera y está as.	acorde con los antec	edentes	
Mediante este documento declaro qu médicos que conozco, y me hago re	ue toda la información vertida e sponsable de sus consecuenci	n él es verdadera y está as.	acorde con los antec	edentes	
Mediante este documento declaro qu médicos que conozco, y me hago re En caso de requerir mayor info	ue toda la información vertida e sponsable de sus consecuenci ormación contáctenos a Líne	n él es verdadera y está as. a GNP al 55 5227 9000 -	acorde con los antec o visite gnp.com.m>	edentes	

Este documento es solo de carácter informativo, no llenarlo.

FGNP						Gastos Médicos
SEGURO	S Grup	o Nacional Provincial, S.A.B	. Av. Cerro de las Torres No.	395 Col. Cam	pestre Churubusco C.P. 04	200, CDMX. R.F.C. GNP9211244P0
En caso de accidente ¿Existe seguro del (automo de los)	vilístico, automóvil(es)?	Nombre de la com	pañía ase	guradora	
Sí No			Seguros del Norte		3	
Cobertura	Su	uma Asegurada (Ga	stos Médicos)	Número d	le Póliza	
Hospitalización						
Anexar copia de la a interpretación de est	ctuación udios rea	del Ministerio Públic alizados.	co o comprobante y	/o reporte	recibido de la cor	npañía, así como
DATOS DE CON	тасто					
Contacto Asegu	rado o	contacto de seg	quimiento			
Tipo de contacto		Primer apellido	No	mbre(s)		
Hermano						
Celular Co	rreo ele	ctrónico				
525551234567 eje	mplo12	3@gmail.com				
	le progra	amar servicios a don	nicilio, indique la dire	ección del	Asegurado de forn	na obligatoria)
Dirección (En caso d	io progre			1	Núm exterior	Núm interior
Dirección (En caso o Calle	io progri				Num. exterior	Num. Interior
Dirección (En caso o Calle Colonia	io progra		Código postal	Munici	ipio o Alcaldía	Estado
Dirección (En caso d Calle Colonia	io progra		Código postal	Munici	ipio o Alcaldía terrey	Estado Nuevo León
Dirección (En caso o Calle Colonia Núm. de teléfono 1*	Núr	n. de teléfono 2* *	Código postal (En caso de progran	Munici Mont	ipio o Alcaldía terrey ios a domicilio, indi	Estado Nuevo León que 2 números de contacto
Dirección (En caso d Calle Colonia Núm. de teléfono 1*	Núr	n. de teléfono 2* *	Código postal	Munici Mont	ipio o Alcaldía terrey ios a domicilio, indi	Estado Nuevo León que 2 números de contacto
Dirección (En caso o Calle Colonia Núm. de teléfono 1* Contacto Agente	Núr GNP (n. de teléfono 2* * en caso de requerir	(En caso de progran	Munici Mont	ipio o Alcaldía terrey ios a domicilio, indi	Estado Nuevo León que 2 números de contacto
Dirección (En caso o Calle Colonia Núm. de teléfono 1* Contacto Agente Nombre del Agente	Núr GNP (n. de teléfono 2* * en caso de requerir	Código postal (En caso de progran notificación) Celular	Munici Mont nar servici	ipio o Alcaldía terrey ios a domicilio, indi	Estado Nuevo León que 2 números de contacto

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.

Datos de contacto (solo estas personas recibirán la resolución del trámite)

En caso de requerir mayor información contáctenos a Línea GNP al 55 5227 9000 o visite gnp.com.mx

Este documento es solo de carácter informativo, no llenarlo.

2/3



Solo llenar en caso de

accidente automovilístico





Aviso de accidente o enfermedad

Gastos Médicos

SEGUROS Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Cerro de las Torres No. 395 Col. Campestre Churubusco C.P. 04200, CDMX. R.F.C. GNP9211244P0

Aceptación:

₩GNP[®]

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.

Nombre y firma del Asegurado afectado e repre legal (en caso de ser menor de edad) resentante

Nombre y firma del Asegurado afectado (puede ser firma autógrafa o digital)



Este documento es solo de carácter informativo, no llenarlo.





Guía de llenado de Aviso de accidente o enfermedad (Debe ser llenado por el asegurado afectado)

La presente guía tiene el propósito de orientar sobre el llenado del formato original, mismo que deberá ser con la misma tinta (negra o azul).



Datos del Asegurado afectado (quien recibió la atención médica)

Este espacio solo debe ser llenado en caso de

Hospital donde se internará o tra	ará (o donde se trató) Hora de ingreso	Fecha de ingreso al hospita		
Hospital Santa Clara	18:15	24/01 2020		
Nombre del médico	Especialidad	¿Está en convenio con GNP		
	Médico general	Sí No		
¿En su caso, intervinieron autori	ades legales?			
Sí No				
Si en su caso intervinieron autori Mediante este documento declaro d	dades legales, presentar copia del acta del Minister ue toda la información vertida en él es verdadera y est	io Público á acorde con los antecedentes		
Si en su caso intervinieron autori Mediante este documento declaro o médicos que conozco, y me hago re	dades legales, presentar copia del acta del Minister ue toda la información vertida en él es verdadera y esta sponsable de sus consecuencias.	io Público á acorde con los antecedentes		
Si en su caso intervinieron autori Mediante este documento declaro o médicos que conozco, y me hago re	dades legales, presentar copia del acta del Minister ue toda la información vertida en él es verdadera y esta sponsable de sus consecuencias.	io Público á acorde con los antecedentes		
Si en su caso intervinieron autori Mediante este documento declaro o médicos que conozco, y me hago re	dades legales, presentar copia del acta del Minister ue toda la información vertida en él es verdadera y esta sponsable de sus consecuencias.	io Público á acorde con los antecedentes		
Si en su caso intervinieron autori Mediante este documento declaro o nédicos que conozco, y me hago re	dades legales, presentar copia del acta del Minister ue toda la información vertida en él es verdadera y esta sponsable de sus consecuencias.	io Público á acorde con los antecedentes		
Si en su caso intervinieron autori Mediante este documento declaro d médicos que conozco, y me hago re	dades legales, presentar copia del acta del Minister ue toda la información vertida en él es verdadera y est sponsable de sus consecuencias.	io Público á acorde con los antecedentes		

Este documento es solo de carácter informativo, no llenarlo.

En caso de accidente ¿Existe seguro del (automovilístico, de los) automóvil(es)?	lombre de la comr	añía asecu	uradora	
Sí No		Seguros del Norte	unia asegu		
Cobertura Hospitalización	Suma Asegurada (Gas \$500,000	stos Médicos)	Número de 79483856	Póliza	
Anexar copia de la ac interpretación de est	ctuación del Ministerio Públic adios realizados.	o o comprobante y/	o reporte re	cibido de la cor	npañía, así como
DATOS DE CON	ТАСТО				
Contacto Asegui	ado o contacto de seg	uimiento			
Tipo de contacto	Primer apellido	Nor	mbre(s)		
		Laura Ele	:11d		
Celular Co	rreo electronico				
Piroceión (En cono c	npior25@gmail.com	icilio, indique la dire	oción dol Ar	ogurada da form	a obligatoria)
Calle	e programar servicios a dom	icilio, indique la dire			Núm interior
Calle de la Lurea #24	0			Num. exterior	Num. Interior
Colonia	ō	Código postal	Municini	o o Alcaldía	Estado
Colonia Primavera		56780	Monter	rey	Nuevo León
Núm. de teléfono 1*	Núm. de teléfono 2* *(En caso de program	ar servicios	a domicilio, indi	que 2 números de contac
+525551234567	+529997485254				
Contacto Agente	GNP (en caso de requerir r	notificación)			
Nombre del Agente	GNP	Celular	Correo e	lectrónico	
itembre derrigente		500007405054			

 accidente (recuerda que para ser considerado accidente, el primer gasto debe ser dentro de los primeros 10 días, así como cumplir las condiciones descritas en la Póliza)

 Datos de contacto (solo
 estas personas recibirán la resolución del trámite)

Solo llenar en caso de **estimos** accidente automovilístico

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.

En caso de requerir mayor información contáctenos a Línea GNP al 55 5227 9000 o visite gnp.com.mx

Este documento es solo de carácter informativo, no llenarlo.

2/3



Aviso de accidente o enfermedad

Gastos Médicos

SEGUROS Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Cerro de las Torres No. 395 Col. Campestre Churubusco C.P. 04200, CDMX. R.F.C. GNP9211244P0

Aceptación:

GNP

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.

Nombre y firma del Asegurado afectado e repre legal (en caso de ser menor de edad) presentante

Nombre y firma del Asegurado afectado (puede ser firma autógrafa o digital)



Este documento es solo de carácter informativo, no llenarlo.





Guía de llenado del documento

Formato único de información bancaria para el trámite de gastos médicos.

La presente guía tiene el propósito de orientar sobre el llenado del formato original, mismo que deberá ser con la misma tinta (negra o azul). Este formato puede ser utilizado para dar de alta o dar de baja cuentas bancarias.



 Seleccionar el tipo de trámite a realizar (alta o baja)

PARA ALTA DE CUENTA Datos bancarios (solo se debe colocar el número de cuenta CLABE o tarjeta que coincida

Datos bancarios (solo se deben colocar los últimos — 4 dígitos de cuenta CLABE o tarjeta de débito)

III. BAJA DE CUENTAS BANCARIAS	
(En caso de realizar un cambio en cuenta CLABE o número de	e tarjeta)
Indique el tipo de cuenta y los últimos cuatros dígitos del número de cuenta bancaria que desea dar de baja	4 últimos dígitos
0.0	CLABE

Solicitud de pago y finiquito:

Solicito y autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del Contrato de Seguro celebrado con esta Aseguradora, sea cubierto a través de la opción seleccionada en la Sección II. Alta de cuentas bancarias de este formato.

Al efectuarse el pago por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones generales de la póliza, otorgo a favor de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome derecho o acción de ningún tipo que ejercitar en su contra y desistiéndome en su caso de las ya intentadas o iniciadas. El estado de cuenta o documento que refleje el movimiento será prueba del pago y de la fecha en que se realizó.

Asimismo, autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., a retirar de la cuenta bancaria que proporciono en este formato, cualquier cantidad transferida indebidamente por la Aseguradora a mi cuenta.

En caso de requerir mayor información contáctenos a Línea GNP al 55 5227 9000 o visite gnp.com.mx

Este documento es solo de carácter informativo, no llenarlo.

1/2

2/2

Formato único de información bancaria para pago vía transferencia electrónica Gastos Médicos Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Cerro de las Torres No. 395 Col. Campestre Churubusco C.P. 04200, CDMX. R.F.C. GNP9211244P0

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 55522-79000 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.



Anexar al formato los documentos correspondientes

Persona física

con el estado de cuenta)

 Copia del encabezado 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. Nombre y firma del titular de la cuenta (quien recibirá el dinero) Puede ser firma autógrafa o digital.

Copia de la identificación oficial vigente.

Persona moral

 Copia 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 o denominación social.

Copia del poder del representante legal, en caso de que obre en escritura diferente al acta constitutiva.

En caso de requerir mayor información contáctenos a Línea GNP al 55 5227 9000 o visite gnp.com.mx

Este documento es solo de carácter informativo, no llenarlo.

