

¿Cómo ingresar un trámite de tu Seguro con GNP?

Es necesario tomes en cuenta toda la documentación, datos y el paso a paso para realizar un trámite de tu **Seguro GNP**.

Reclamación de Beneficios adicionales

Compartimos el listado de documentos con los que podrás comenzar el trámite correspondiente

1. Póliza de Seguro (opcional).
 2. **"Formato de identificación del cliente e información para pago"**, debidamente requisitada y firmada por el Asegurado.
Descargar [aquí](#)
Conoce cómo llenarlo [aquí](#)
 3. Identificación oficial vigente del Asegurado.
 4. Comprobante de domicilio del Asegurado, con vigencia no mayor a 3 meses.
 5. Estado de cuenta bancario del beneficiario con vigencia no mayor a 3 meses en el que se refleje la CLABE Interbancaria a la cual se transferirá el importe de la indemnización, o bien, del Contrato de Apertura de Cuenta Bancaria, el cual debe contar con los siguientes datos mínimos:
 - a. Pertener a algún banco de convenio.
 - b. Nombre del beneficiario.
 - c. Clabe interbancaria.
 - d. CURP o RFC del beneficiario.
 - e. Sello del banco y firma del ejecutivo bancario.
 - f. Firma del beneficiario.
- Historia clínica completa con diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Debe estar firmada por el médico tratante con datos de la cédula profesional.
 - Estudios clínicos que avalen el padecimiento, en caso de contar con ellos.
 - Formato ST 4 del IMSS o RT9 del ISSSTE, en caso de contar con él.
 - **"Formato Declaración para el Trámite de Reclamación de Beneficios Adicionales"** marcando en la casilla correspondiente el pago del beneficio adicional que se reclama. Este formato debe ser llenado completamente y firmado tanto por el asegurado como por el médico tratante. (Este requisito no aplica para pérdidas orgánicas)
Descargar [aquí](#)
Conoce cómo llenarlo [aquí](#)
 - En caso de Pérdida de Miembros:
 - **"Formato de Informe Médico de Beneficios de Indemnización por pérdidas orgánicas"**, llenado completamente y firmado por el Asegurado y el médico tratante.
Descargar [aquí](#)
Conoce cómo llenarlo [aquí](#)
 - Si alguna autoridad tomó conocimiento del accidente a causa del cual el asegurado sufrió la pérdida orgánica, es necesario anexar la documentación certificada y expedida por dicha autoridad.

Una vez que cuentes con tus documentos escaneados en formato PDF, favor de ingresar la documentación, a través de la oficina virtual de GNP, **no es un correo electrónico**.

<https://centrodeatencionvirtual.gnp.com.mx/>

Guía de llenado del documento

Formato de Identificación del Cliente e Información para Pago para el trámite de vida

La presente guía tiene el propósito de orientar sobre el llenado del formato original que deberá imprimir y llenar con tinta negra o azul (todo el documento deberá ser llenado con la misma tinta). Le pedimos llenar las secciones que se resaltan a continuación.

Datos generales del beneficiario del pago Colocar nombre completo del beneficiario, así como datos personales, RFC, en caso de no contar con homoclave colocar solo la fecha de nacimiento, solo deberá llenar los datos de persona física. En caso de ser persona moral colocar el nombre de la razón o denominación Social, así como RFC y los los datos de persona moral.

Información para el pago: Colocar nombre completo del beneficiario, domicilio completo, teléfono y correo electrónico.

Forma de pago solicitada: Colocar la clave interbancaria, misma que deberá coincidir con el estado de cuenta que presente.

Fecha en la que se elabora la solicitud, esta no deberá tener una fecha mayor a 30 días de su entrega, número de póliza y tachar el ramo de vida.

Llenar sólo en caso de ser persona moral.

Solo llenar en caso de vivir en el extranjero.

GNP SEGUROS		Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco C.P. 04200, México, Ciudad de México	
Formato de Identificación del Cliente e Información para Pago			Código de Filiación (Uso exclusivo de GNP)
I.- Información General			
Fecha		Datos del trámite (sólo trámites de egreso)	
Día	Mes	Año	No. de reclamación
			No. de póliza
		Línea de negocio (marcar con un X)	
		Autos <input type="checkbox"/> Gastos Médicos <input type="checkbox"/> Daños <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/>	
Datos Generales del Beneficiario del pago			
Denominación o Razón Social / Nombre Completo (Apellido paterno, apellido materno, nombre(s))		Código de cliente (si cuenta con él)	
Fecha de Nacimiento		Fecha de Constitución	
Día	Mes	Año	Día
País de nacimiento (Personas físicas)		Nacionalidad	
		<input type="checkbox"/> País de residencia fiscal	
RFC		No. de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Acreditada (si cuenta con ella)	
Profesión u Ocupación (Personas físicas)		Objeto Social o Giro (personas morales)	
Folio Mercantil (Personas morales)		No. de identificación fiscal (TIN o equivalente)	
		CURP	
II.- Información para el pago			
Nombre del Titular de la cuenta bancaria y beneficiario del pago (se deberá escribir como aparece en su identificación oficial)			
Domicilio del Beneficiario			
Calle		Número exterior	Número interior
			Colonia
C.P.		Municipio o delegación	Ciudad o población
			Entidad Federativa
Teléfono de contacto (casa/diálogo)		Correo electrónico	
Lada	Ext.	Teléfono de contacto (móvil)	
III.- Forma de pago solicitada			
Registre la información solicitada			
<input type="checkbox"/> Cuenta 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.			
Consideraciones para el pago			
* La cuenta a depositar deberá ser en moneda nacional.			
Opcional sólo para Indemnización Diaria por Hospitalización (aplica sólo para personas físicas)			
<input type="checkbox"/> Orden de pago Para hacer efectivo el cobro debe acudir a la institución bancaria que corresponda con una identificación oficial (INE, Pasaporte vigente o Cedula profesional) y las claves proporcionadas por GNP, a través de los siguientes medios:			
Teléfono móvil: _____			
Correo electrónico: _____ @ _____			

Este documento es solo de carácter informativo, no llenarlo.

Datos Personales (exclusivo para Personas Físicas): Deberán llenar este apartado especificando el motivo del fallecimiento llenando cada recuadro con causa o enfermedad que dio origen a la que determinó la muerte, lugar, estados patológicos y tiempo de duración.

Este campo sólo deberá ser llenado por el asegurado.

IV.- Solicitud de pago y finiquito
Solicitud de pago y finiquito 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 efectuar 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 procede. Atendiendo a lo anterior, estoy de acuerdo en las condiciones de la solicitud de pago y finiquito, así como en las referidas para el tratamiento de datos personales. _____ Nombre y firma del Titular de la cuenta bancaria
V.- Datos personales y consentimiento para su tratamiento
Datos Personales y Consentimiento para su tratamiento: 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. Atendiendo a lo anterior, estoy de acuerdo en las condiciones de la solicitud de pago y finiquito, así como en las referidas para el tratamiento de los datos personales. _____ Nombre y firma del Titular de la cuenta bancaria o representante legal.
Datos Personales y Consentimiento (exclusivo para Personas Físicas) Tiene 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Consiento y autorizo 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 de contratante, asegurado o beneficiario.
VI.- Observaciones
Anexar al Formato los documentos correspondientes
Persona física: * Copia ciega del estado de cuenta bancario (sin saldo ni movimientos), no mayor a 3 meses de antigüedad, carta certificada donde se pueda identificar el nombre del titular y número de cuenta correspondiente, o contrato bancario firmado por la institución bancaria y el titular de la cuenta. * Copia de la identificación oficial (con fotografía) vigente. * Copia de la cédula fiscal de la persona física. Persona moral: * Copia ciega del estado de cuenta bancario (sin saldo ni movimientos), no mayor a 3 meses de antigüedad, carta certificada donde se pueda identificar el nombre del titular y número de cuenta correspondiente, o contrato bancario firmado por la institución bancaria y el titular de la cuenta. * Copia del Acta Constitutiva de la empresa. * Copia de la cédula física de la razón social. * Copia de la identificación oficial (con fotografía) vigente del representante legal. * Copia del poder del representante legal. Sólo en caso de que obre en una escritura diferente al acta constitutiva.
VII.- Datos generales del Agente
Nombre del Agente: _____ CUA: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
VIII.- Apartado para uso exclusivo de Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
<input type="checkbox"/> Cuenta dada de alta <input type="checkbox"/> Sello de recibido
<input type="checkbox"/> Firma validada vs identificación oficial
<input type="checkbox"/> Información validada vs documentación

Datos generales del Agente Llenar solo en caso de contar con los datos del agente.

Nota: En caso de que el beneficiario sea menor de edad, el formato deberá ser llenado con sus datos y únicamente firmado por el tutor legal

Guía de llenado del documento

Declaración para el trámite de reclamación de los beneficios adicionales para el trámite de vida

La presente guía tiene el propósito de orientar sobre el llenado del formato original que deberá imprimir y llenar con tinta negra o azul (todo el documento deberá ser llenado con la misma tinta). Le pedimos llenar las secciones que se resaltan a continuación.

Seleccione el trámite a realizar:
Tachar el trámite que van a reclamar.
Nota: En caso de reclamar trámites distintos, deberán llenar un formato por cada cobertura ya que son diferentes solicitudes.

Este apartado únicamente se llena si solicitan la cobertura de Invalidez o Exención del pago de Primas (BIT).

Firma únicamente del asegurado.

Fecha en la que se elabora la solicitud, esta no deberá tener una fecha mayor a 30 días de su entrega.

Esta sección deberá ser contestada por el asegurado: Indicando nombre completo, número de póliza, datos personales, así como su domicilio particular, este deberá coincidir con su INE. Colocar correo y teléfono.

Datos de los médicos que lo atendieron: Deberán colocar los datos completos de los médicos que lo atendieron, colocando la fecha de consulta de cada uno y su datos de contacto como domicilio y teléfono.

GNP SEGUROS
Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco
C.P. 04200, México D.F. Tel. 5227 3999, www.gnp.com.mx

Vida Individual

Declaración para el trámite de reclamación de los beneficios adicionales

Fecha: ____/____/____

Seleccione el trámite a realizar:
 Exención del pago de Primas (BIT) Anticipo de Suma Asegurada (SEV) Cáncer y otras Enfermedades Graves
 Pago de Suma Asegurada por Invalidez (ISE) Cobertura Mujer Indemnización Diaria por Hospitalización

I. Esta sección deberá ser contestada por el Asegurado

Apellido paterno: _____ Nombre(s): _____ Código Cliente: _____
 Póliza No.: _____ ¿Tiene pólizas de Gastos Médicos Mayores? Sí No Compañía: _____ Número de póliza: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ R.F.C.: _____ CURP (si cuenta con ella): _____
 Sexo: F M Lugar de nacimiento: _____ Nacionalidad (si es distinta a la mexicana): _____ Profesión u ocupación: _____
 Actividad o giro del negocio donde trabaja: _____ Correo electrónico (si cuenta con él): _____ ¿El Asegurado tiene hábito de fumar? Sí No

Domicilio particular
 Calle: _____ No. exterior: _____ No. interior: _____
 Colonia: _____ C.P.: _____
 Municipio o delegación: _____ Ciudad o población: _____ Entidad federativa: _____ País (si es distinto a México): _____ clave_lada: _____ Teléfono: _____

Liérese si solicita ISE y/o BIT
 Actividad laboral habitual: _____
 Fuente de ingresos actual: _____ Cuenta con: IMSS ISSSTE Ninguno

Datos de los médicos que lo atendieron

Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico	Fecha de consulta
Domicilio completo	clave_lada teléfono
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico	Fecha de consulta
Domicilio completo	clave_lada teléfono
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico	Fecha de consulta
Domicilio completo	clave_lada teléfono

Como Asegurado, autorizo al médico tratante, a los hospitales e instituciones donde fui internado, a que otorguen a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. toda la información que se refiera a mi estado de salud, e inclusive, en su caso, todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, relevo a las instituciones o personas involucradas del cumplimiento de las obligaciones que al respecto se derivan de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento, está apegada a la verdad. En caso contrario, estoy consciente de la falta en que podría incurrir si proporciono datos falsos o incorrectos, así como de las sanciones a las que quedo expuesto.

Firma del Asegurado: _____

FP5022100 www.gnp.com.mx 1/2

Este documento es solo de carácter informativo, no llenarlo.

Apartado II: Se deberá llenar con los antecedentes del asegurado.

Fecha de elaboración del formato y debe ir la firma por el médico.

Datos del médico (que requisita esta declaración): Nombre completo, cédula profesional y domicilio particular.

II. Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra del médico que atiende al Asegurado

Antecedentes patológicos: Dar amplia información, indicando fechas, duración y estado actual

Padecimiento que dio origen a la invalidez o enfermedad: _____ Fecha de inicio: ____/____/____

Signos y síntomas: _____

Historia hospitalaria

Fecha de ingreso	Fecha de alta	Nombre del hospital
Diagnóstico del padecimiento		

Fecha del diagnóstico: ____/____/____ Fecha del inicio del padecimiento: ____/____/____ Accidente: Sí No Fecha del accidente: ____/____/____

Estado actual: _____

Tratamiento: _____

Pronóstico final: _____

Tiempo probable de la duración de la invalidez en su caso: _____

¿La afección imposibilita al Asegurado a desempeñar su trabajo habitual? Sí No ¿Le impide tener otra ocupación compatible con sus conocimientos y aptitudes? Sí No

Datos del médico (que requisita esta declaración)

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre(s): _____
 R.F.C.: _____ Registro S.S.A.: _____ Cédula profesional: _____
Domicilio particular
 Calle: _____ No. exterior: _____ No. interior: _____
 Colonia: _____ C.P.: _____
 Municipio o delegación: _____ Ciudad o población: _____ Entidad federativa: _____ País (si es distinto a México): _____ clave_lada: _____ Teléfono: _____

Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento, está apegada a la verdad. En caso contrario, estoy consciente de la falta en que podría incurrir si proporciono datos falsos o incorrectos, así como de las sanciones a las que quedo expuesto.

Fechado en ____/____/____ el día ____ de ____ del año ____.

Firma del médico: _____

FP5022100 www.gnp.com.mx 2/2

Nota: Este formato deberá ser llenado únicamente por el médico autorizado, en caso de que no se pueda llenar deberá ingresar una carta firmada por el asegurado explicando el motivo del porque no se pudo llenar.

Guía de llenado del documento

Informe médico de beneficio de indemnización por pérdidas orgánicas para el trámite de vida

La presente guía tiene el propósito de orientar sobre el llenado del formato original que deberá imprimir y llenar con tinta negra o azul (todo el documento deberá ser llenado con la misma tinta). Le pedimos llenar las secciones que se resaltan a continuación.

Datos que deben ser llenados por el asegurado: Nombre completo del asegurado, indicando número de póliza, datos personales, domicilio particular, correo y teléfono.

Fecha en la que se elabora la solicitud, esta no deberá tener una fecha mayor a 30 días de su entrega.

Datos que deben ser llenados por el médico: Debe ser llenado de puño y letra por el médico que lo atendió o por el que rinde el informe y el deberá indicar las causas que generaron la pérdida del miembro.

Informe médico de beneficio de indemnización por pérdidas orgánicas

Este cuestionario debe ser llenado con tinta y de puño y letra por el Asegurado y el Médico que lo atendió o por el que rinde el informe.

Datos para ser llenados por el Asegurado

Fecha: día mes año

Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s), Código cliente (si cuenta con él)

Póliza No., Números de pólizas adicionales que tiene el Asegurado, Lugar de nacimiento

Fecha de nacimiento: día mes año, R.F.C., letras año mes día homoclave (cuarta letra), CURP (si cuenta con ella)

Sexo: F M, Nacionalidad (si es distinta a la mexicana), Profesión u ocupación, Actividad o giro del negocio donde trabaja

Correo electrónico (si cuenta con él), ¿El Asegurado tiene hábito de fumar? Sí No

Domicilio particular

Calle, No. exterior, No. interior, Colonia, C.P., Municipio o delegación, Ciudad o población, Entidad federativa, País (si es distinto a México), clave lista, teléfono

Datos para ser llenados por el Médico

Describe detalladamente la(s) lesión(es) encontrada(s) por usted, indicando su causa y su naturaleza

¿Las lesiones fueron causadas exclusivamente por medios externos y violentos? Sí No, Fecha en que ocurrió la lesión: día mes año

¿Las lesiones provocaron la pérdida de la vista? Sí No, En caso afirmativo ¿en que ojo? Derecho Izquierdo Ambos, A su juicio ¿la pérdida de la vista es definitiva? Sí No

¿Las lesiones provocaron la pérdida de algunos de los miembros o parte de ellos? Sí No, En caso afirmativo especifique claramente ¿cuál es la pérdida?, aclarando en el caso de los dedos, su nombre común y el número de falanges perdidas.

¿Aparte de las lesiones ¿encontró Ud. algunos otros signos patológicos? Sí No, ¿El Asegurado en el momento de sufrir las lesiones padecía alguna afección o enfermedad aguda o crónica? Sí No

FPS022400 www.gnp.com.mx 1/2

Este documento es solo de carácter informativo, no llenarlo.

Llenar solo si se cuenta con información médica adicional.

Datos de otros médicos que lo atendieron: Solo llenar en caso de que cuenten con la información.

Datos del Médico (que requisita esta declaración): Colocando su nombre completo, cédula profesional, domicilio.

Fecha en la que se elabora la solicitud, esta no deberá tener una fecha mayor a 30 días de su entrega, así como firma del médico que llenó el formato.

Firma únicamente del asegurado.

En caso afirmativo proporcione detalles (nombre de la enfermedad, fecha, duración, etc.)

¿Hubo alguna investigación oficial con motivo de las lesiones sufridas por el Asegurado? Sí No, En caso afirmativo proporcione detalles

Datos de otros médicos que lo atendieron

Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s) del médico, Fecha de consulta: día mes año, Domicilio completo, clave lista, teléfono

Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s) del médico, Fecha de consulta: día mes año, Domicilio completo, clave lista, teléfono

Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s) del médico, Fecha de consulta: día mes año, Domicilio completo, clave lista, teléfono

En caso de que el Asegurado hubiese estado internado en hospital o sanatorio, de nombre y dirección

Datos del médico (que requisita esta declaración)

Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s), R.F.C., letras año mes día homoclave (cuarta letra), Registro S.S.A., Cédula profesional

Domicilio particular

Calle, No. exterior, No. interior, Colonia, C.P., Municipio o delegación, Ciudad o población, Entidad federativa, País (si es distinto a México), clave lista, teléfono

Fecha en: día mes año, Haga constar que la información que estoy proporcionando en este documento, está apegada a la verdad. En caso contrario, estoy consciente de la falta en que podría incurrir si proporciono datos falsos o incorrectos, así como de las sanciones a las que quedo expuesto.

Firma usual del médico

Como Asegurado, autorizo al médico tratante, a los hospitales e instituciones donde fui internado, o que otorguen el seguro nacional o extranjero, a que usen la información que se refiere a mi estado de salud, e inclusive, en su caso, todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, relevo a las instituciones o personas involucradas del cumplimiento de las obligaciones que al respecto se tienen de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento, está apegada a la verdad. En caso contrario, estoy consciente de la falta en que podría incurrir si proporciono datos falsos o incorrectos, así como de las sanciones a las que quedo expuesto.

Firma del Asegurado

FPS022400 www.gnp.com.mx 2/2

Nota: Solo los apartados que se indiquen, deberán ser llenados por el médico, en caso de que no se pueda llenar deberá ingresar una carta firmada por el asegurado explicando el motivo del porque no se pudo llenar.