

¿Cómo ingresar un trámite de reembolso de tu Seguro Médico GNP?

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

App Soy
Cliente GNP[®]

Disponible en:



Escanea el código QR
y descárgala

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

- [Guía aviso de accidente o enfermedad](#)
- [Guía informe médico](#)
- [Guía reembolso accidente o enfermedad](#)
- [Guía formato de información bancaria](#)

1 Descarga y llena según sea el caso los siguientes formatos:

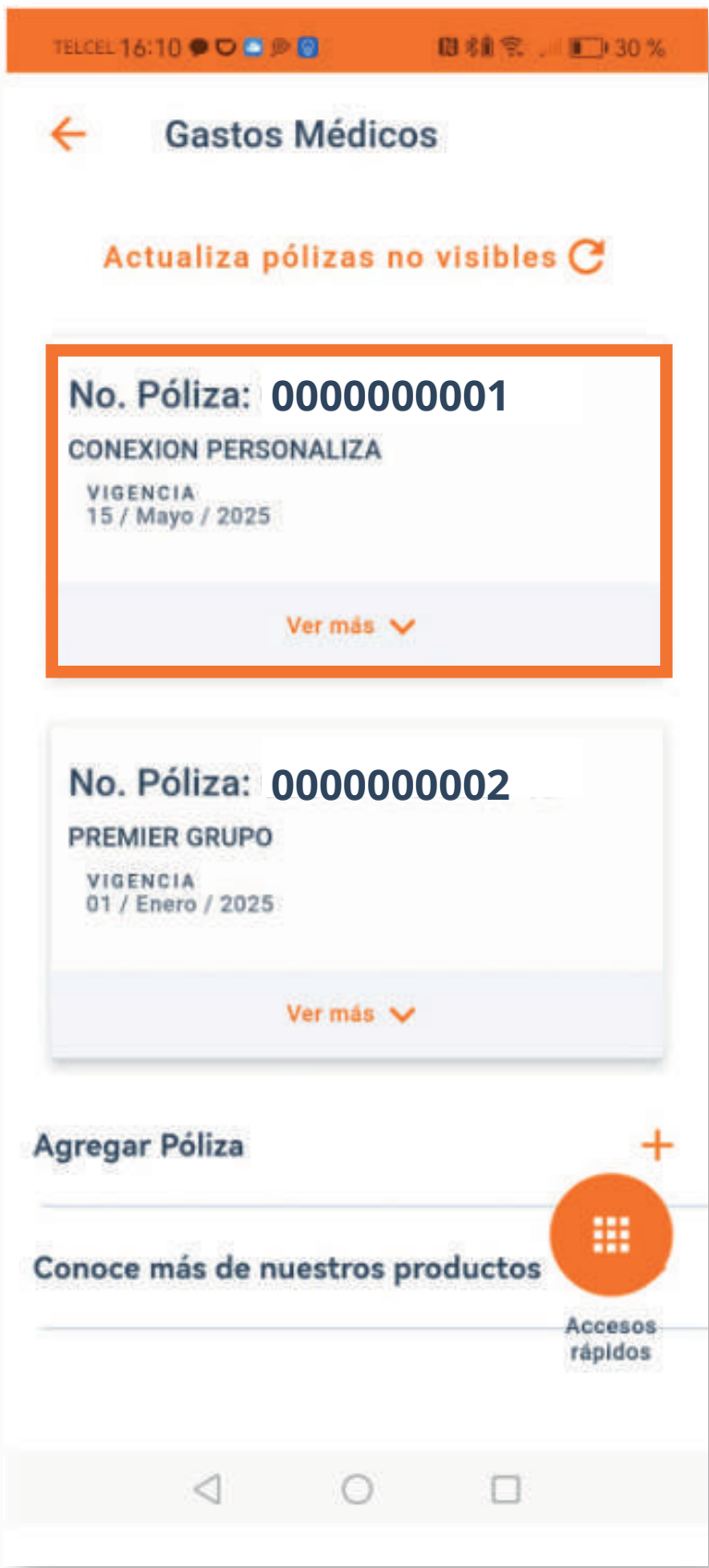
- **Aviso de accidente o enfermedad (llenado por el Asegurado).**
Descárgalo [aquí](#)
Conoce cómo llenarlo [aquí](#)
- **Reembolso de accidente o enfermedad (llenado por el Asegurado).**
Descárgalo [aquí](#)
Conoce cómo llenarlo [aquí](#)
- **Informe médico (debidamente llenado por tu médico tratante).**
Descárgalo [aquí](#)
Conoce cómo llenarlo [aquí](#)
- **El formato único de información bancaria.**
Descárgalo [aquí](#)
Conoce cómo llenarlo [aquí](#)

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

2 Ingresa a la app o portal Soy Cliente GNP



A Dirígete a la sección Gastos Médicos.



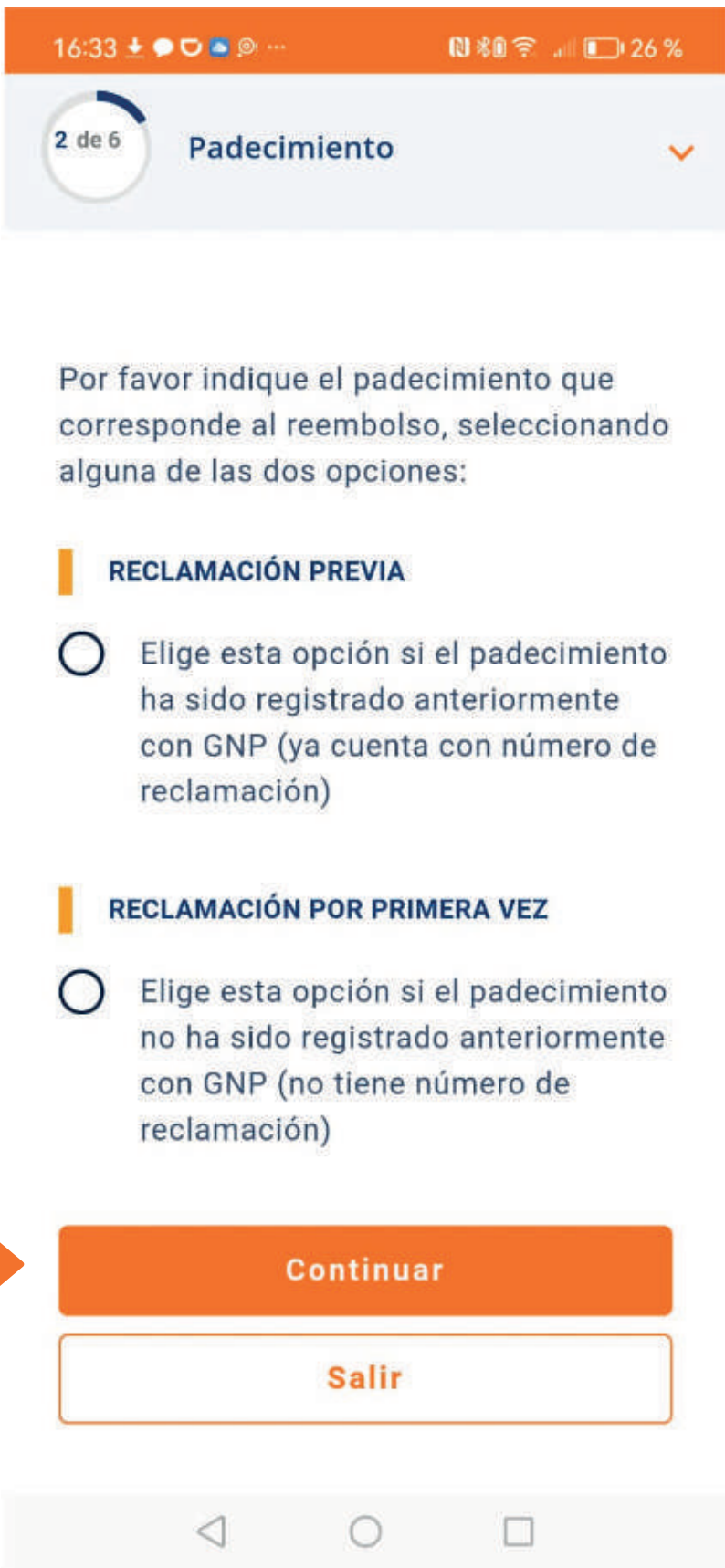
B Elige la póliza a utilizar.



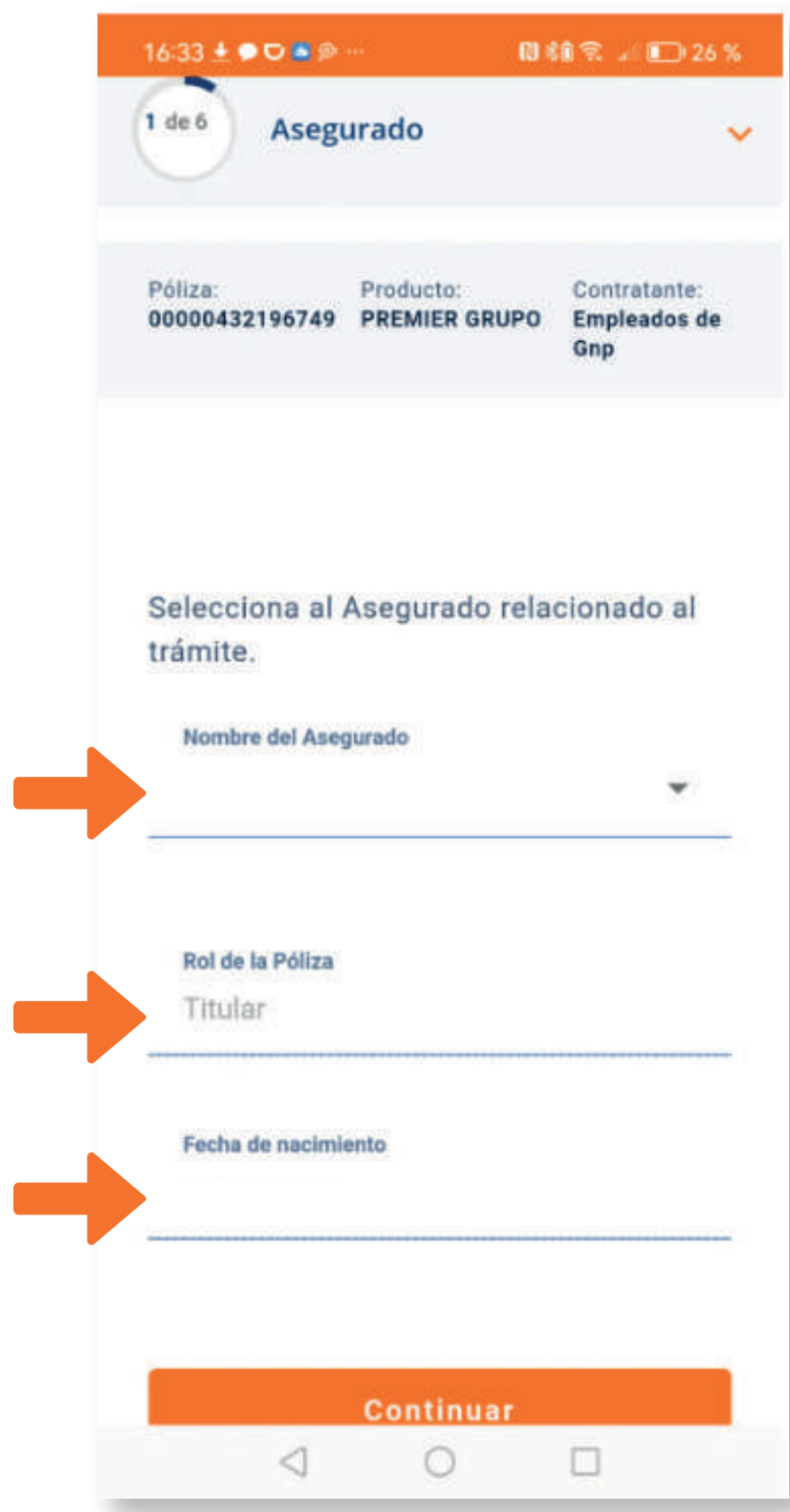
C Selecciona “Trámites”.



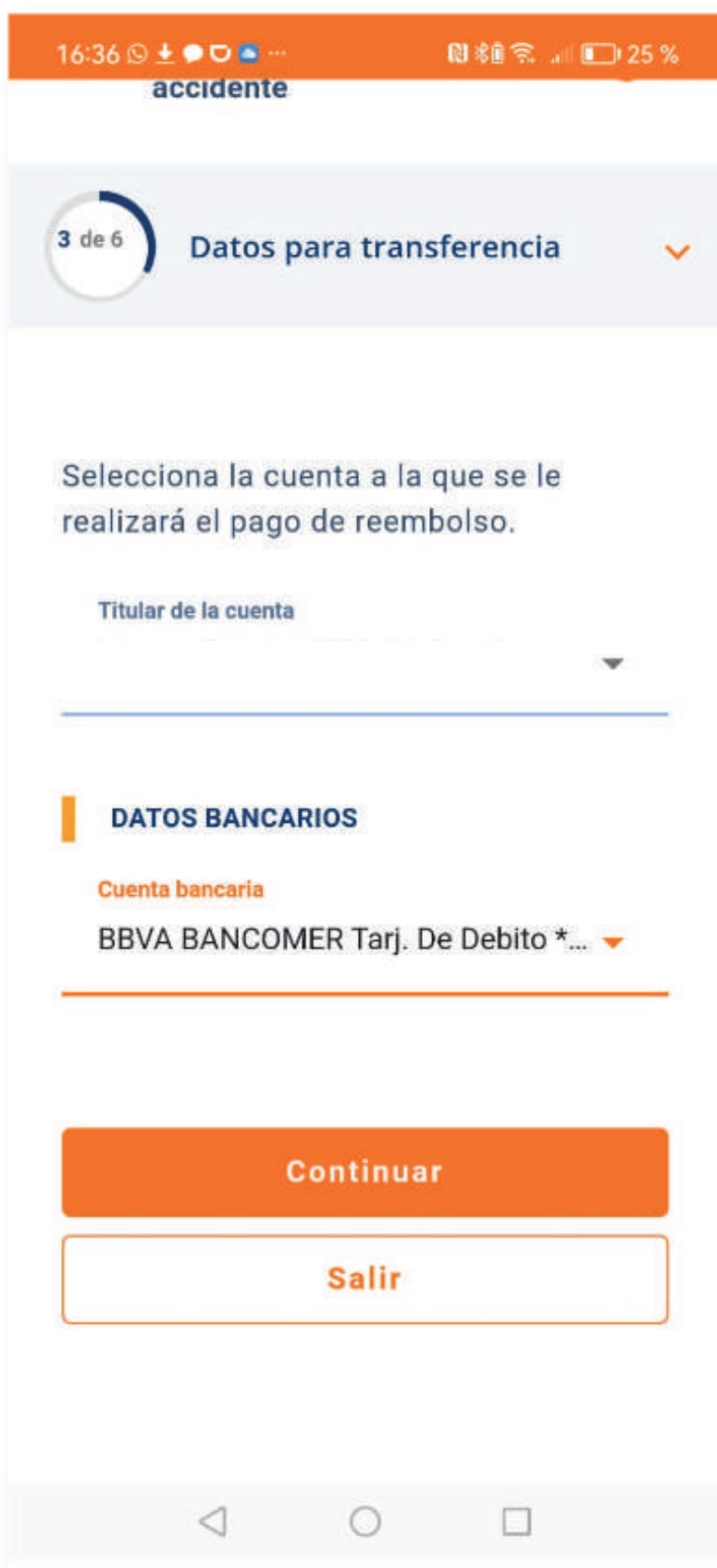
D Elige “Reembolso”.



E Selecciona el tipo y da clic en “Continuar”.



F Llena los datos requeridos.



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

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.



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

H Carga los formatos y documentos complementarios:

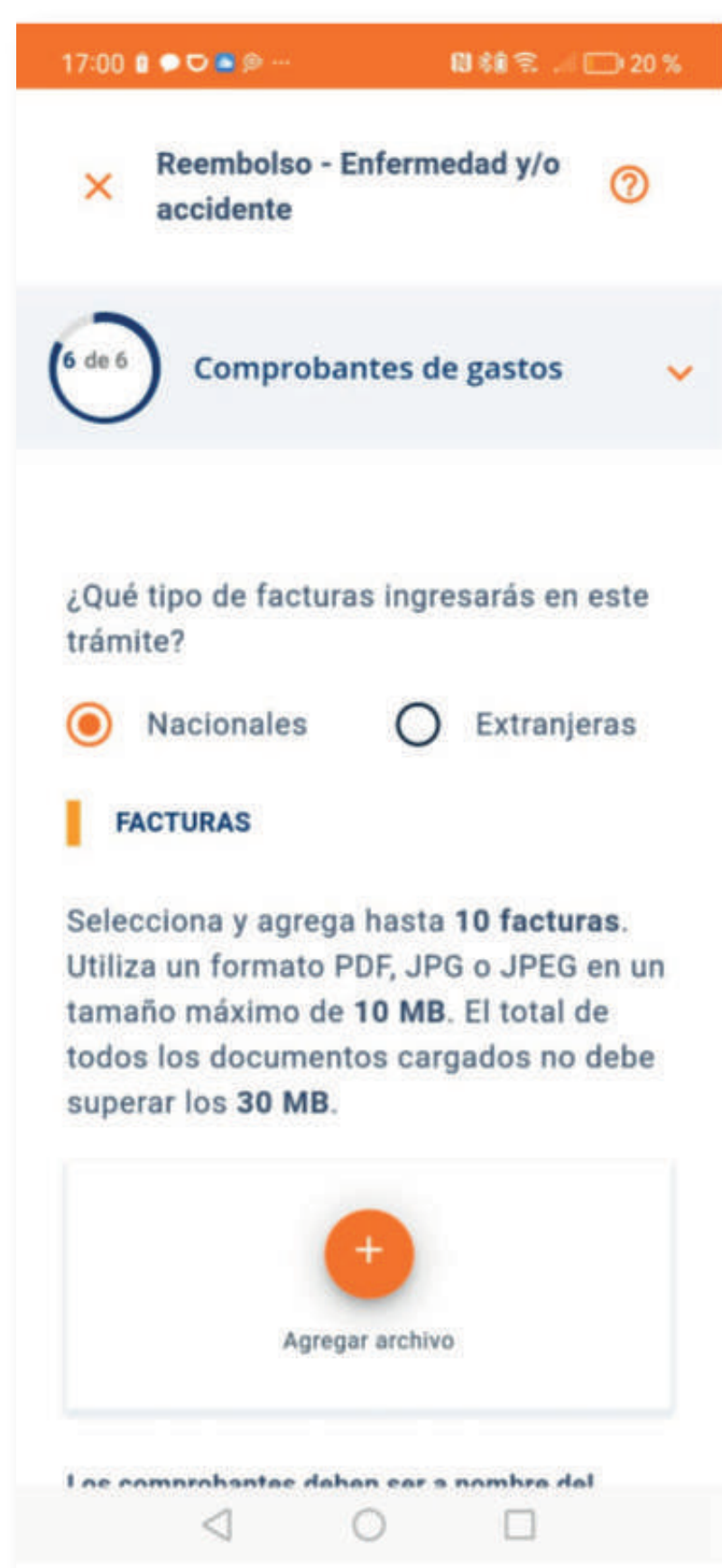
Formatos:

- **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.

I Ingresa las facturas a reembolsar.



GNP

SEGUROS

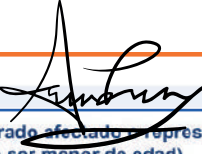
Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Cerro de las Torres No. 395 Col. Campestre Churubusco C.P. 64200, CDMX, R.F.C. GNP921124P0

Aviso de accidente o enfermedad

Gastos Médicos

Aceptación:
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 o representante legal (en caso de ser menor de edad)



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

3/3

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 informe médico (Debe ser llenado por el médico tratante)

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).



Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Carrer de les Torres No. 395 Col. Campestre Churubusco C.P. 0200, CDMX. R.F.C. GNP9211244P0

Informe médico

Gastos Médicos

Este formato debe ser llenado y firmado por el **médico tratante**. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y **de lo declarado no se aceptan cambios posteriores**.

TRÁMITE

Seleccione el trámite que el Asegurado solicita

☒ Reembolso
 ☐ Programación de cirugía
 ☐ Programación de medicamentos
 ☐ Programación de servicios
 ☐ Indemnización
 ☐ Reporte hospitalario

FICHA DE IDENTIFICACIÓN ASEGURADO AFECTADO

Número de Póliza	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)
Sexo	Edad	Causa de atención	
☒ F ☐ M		☐ Accidente ☒ Enfermedad ☐ Embarazo	

HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)

IMPORTANTE: Deberán ingresarse aunque **no** estén relacionados con el diagnóstico e incluir **fechas de inicio del diagnóstico y del tratamiento** (dd/mm/aa)

Antecedentes personales patológicos Juan Pérez es un paciente de 65 años con antecedentes de tabaquismo crónico. Se presenta con disnea progresiva, tos crónica con expectoración y sibilancias.	Antecedentes personales no patológicos Hábitos de tabaquismo (fumador/no fumador)
Antecedentes gineco-obstétricos (descripción anatómica) Ha tenido tres embarazos, tres partos y ningún aborto, ya sea espontáneo o inducido. Desde la menopausia, no ha utilizado ningún método anticonceptivo.	Antecedentes perinatales La paciente nació a término en el Hospital Regional de (Ciudad). Tuvo un peso al nacer de 3.2 kg y una talla de 48 cm. El parto fue vaginal, sin complicaciones, y su Apgar fue de 9/10.

Padecimiento actual

De acuerdo a la historia clínica y evolución natural de la enfermedad, **indispensable la fecha de inicio**

	Fecha de inicio
	01 /04 /20

Se trata de un paciente de 68 años, fumador crónico de 40 años de antigüedad, que presenta tos crónica, expectoración y disnea progresiva. Los estudios realizados muestran una espirometría con un FEV1/CVF < 0.7 y una disminución del FEV1 post-broncodilatador del 20%.

Diagnóstico(s) definitivo(s)	Fecha de diagnóstico
	08 /06 /20

Basado en estos hallazgos, se establece el diagnóstico de Trastorno Obstructivo Pulmonar Crónico (COPD).

Tipo de padecimiento Seleccione una opción	¿Se ha relacionado con algún otro padecimiento?	Especifique cuál padecimiento: (Si no existe padecimiento, indicar "ninguno")
☐ Congénito ☐ Adquirido ☒ Agudo ☐ Crónico	☐ Sí ☒ No	

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

← **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

Este documento es solo de carácter informativo, no llenarlo.



Informe médico
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

HISTORIA CLÍNICA (CONTINUACIÓN)

Signos vitales y medidas antropométricas del paciente

Pulso (x minuto)	Respiración (x minuto)	Temperatura (°C)	Presión arterial (mm Hg)	Peso (kg)	Altura (m)
72 ppm	16 ppm	36.8°C	120/80 mmHg	65 kg	1.65 m

Resultados de exploración física realizada el día del diagnóstico

Se observa un buen estado general, piel y mucosas normocoloreadas e hidratadas, respiración y auscultación cardiaca y pulmonar sin alteraciones, abdomen blando y no doloroso a la palpación, y extremidades con buen llenado capilar y pulsos periféricos palpables.

Estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

(Indique los estudios y en caso de que no se llevaron a cabo, especificar que no se realizaron)

VEF1 (Volumen espiratorio forzado en el primer segundo): 55% del valor teórico

CVF (Capacidad vital forzada): 60% del valor teórico

Cociente VEF1/CVF: 0.92

Complicaciones

Indique y describa si se presentaron complicaciones

Fecha de inicio
 / /

☐ Sí
 ☒ No
 No se observan complicaciones relevantes en la exploración física.

Tratamiento

Detallar los tratamientos, procedimientos y técnica quirúrgica especificando las fechas (dd/mm/aa). En caso de medicamentos mencionar posología completa

Fecha de inicio
 08 06 20

Implementar medidas de prevención cardiovascular, como dieta baja en sodio, control de colesterol y hábitos de vida saludables.

En caso de intervención quirúrgica, ¿qué equipo específico se utilizará? Especificar las fechas (dd/mm/aa)

Ejemplo: equipo de laparoscopia, equipo de fluoroscopia, etc.

Equipo de laparoscopia

Información adicional

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

DATOS DE HOSPITAL O CLÍNICA DONDE SE TRATARÁ EL PACIENTE

Nombre del hospital o clínica donde ingresará el paciente	Ciudad	Estado
Hospital Santa Clara	Monterrey	Nuevo León
Tipo de estancia	Fecha de ingreso	
☐ Urgencia ☐ Hospitalaria ☒ Corta estancia / ambulatoria	08 /06 20	

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

2/3

Colocar los datos del hospital o clínica donde 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



GNP[®]

SEGUROS

Aviso de accidente o enfermedad

Gastos Médicos

Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Cerro de las Torres No. 395 Col. Campestre Churubusco C.P. 64200, CD.MX, R.F.C. GNP921124P0

Aceptación:

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 o representante legal (en caso de ser menor de edad)

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

3/3

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

Este documento es solo de carácter informativo, no llenarlo.



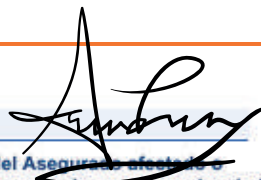
Reembolso de accidente y/o enfermedad

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. GNP9211244PO

Aceptación:
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 pueda ser requerida en cualquier momento en que GNP lo considere oportuno.

Antony Mena



Nombre y firma del Asegurado afectado o representante legal (en caso de ser menor de edad)

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

3/4

Nombre y firma del Asegurado afectado (quien recibirá el dinero) puede ser firma autógrafa o digital.

Este documento es solo de carácter informativo, no llenarlo.

Informativo (información del llenado de los requisitos para el ingreso de reembolso)



Reembolso de accidente y/o enfermedad

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. GNP9211244PO

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. Contar con los siguientes documentos y formatos debidamente requisitados con los datos que se le solicite y que contengan la firma correspondiente:

a) Formato para reembolso de accidente y/o enfermedad

b) Formato de aviso de accidente o enfermedad

c) Formato informe médico
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.

d) Interpretación de estudios, así como copia de los estudios practicados

e) Copia de la historia clínica completa (solo en caso de hospitalización)

f) Formato único de información bancaria para pago vía transferencia electrónica
Recuerde haber concluido el proceso de registro de información bancaria del beneficiario del pago.

d) Comprobantes de gastos con requisitos fiscales respectivos

- 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.
- Los recibos por honorarios profesionales de médicos, ayudantes y anestesiistas deberán ser expedidos en las formas que para tal efecto exige la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y a nombre del Asegurado titular.
- Al comprar sus medicamentos en la farmacia, anexe a la nota, la receta del médico no mayor a 3 meses. Indique en sus notas los medicamentos o artículos que no sean para el paciente.
- 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.
- 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.)
- No se aceptarán pagos a instituciones de beneficencia o establecimientos oficiales de servicio.
- Para tramitar un reembolso de análisis o estudios deberá ingresar la receta médica no mayor a 3 meses donde el médico le indica dichos estudios, copia de los estudios en formato PDF junto con el reporte de la interpretación.
- En caso de solicitar reembolso por servicio de enfermería, rehabilitación o terapias deberá anexar junto con la factura las bitácoras de servicio, las cuales deben contener el nombre del Asegurado, número de Póliza, diagnóstico, nombre del proveedor que da el servicio, número total de sesiones y/o número de días/horas de servicio de enfermería (especificando si es 8, 12 o 24hrs), fecha, firma del proveedor y firma del Asegurado.

2. En caso de que se presenten dos reclamaciones simultáneas o con diferente moneda (nacional y extranjera), separe los gastos de cada accidente o enfermedad y llene para cada uno, toda la documentación requerida.

¡Aprovecha los beneficios que te da tu Seguro Médico GNP al programar tu cirugía o tratamiento médico!

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

4/4

Vivir es increíble®

Menú

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).

Nombre completo del cliente y datos de contacto e identificación

PARA BAJA DE CUENTA
Datos bancarios (solo se deben colocar los últimos 4 dígitos de cuenta CLABE o tarjeta de débito)

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 con el estado de cuenta)



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. GNP9211244PO

El pago se realiza solo al **Asegurado titular, Asegurado afectado, Contratante** (persona física o moral) o en caso de que el Asegurado afectado sea menor de edad al padre, madre o tutor.

TRÁMITE

Seleccione la opción que desea realizar (puede seleccionar ambas opciones si así lo requiere)

☒ Alta de cuenta (registrar sección I y II) ☐ Baja de cuenta (registrar 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)

Teléfono (con LADA y si aplica núm. de extensión)
+525551234567

Celular
+525551234567

RFC con homoclave del titular de la cuenta bancaria
ABC123456789

II. ALTA DE CUENTAS BANCARIAS

Seleccione la opción donde quiere que se realice el pago

18 dígitos que aparecen en cualquier documento formal emitido por la institución bancaria, tales como: estado de cuenta o contrato de apertura de cuenta:

☐ Cuenta CLABE

☒ Tarjeta de débito

Debe estar personalizada, con el número del plástico de 16 dígitos e indicar el banco al que pertenece.

Registre la información solicitada

CLABE

Número de tarjeta 25551234567

Banco Banco Sol

III. BAJA DE CUENTAS BANCARIAS

(En caso de realizar un cambio en cuenta CLABE o número de tarjeta)

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

☐ Cuenta CLABE

☐ Tarjeta de débito

4 últimos dígitos

CLABE

Tarjeta de débito

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 desistíéndome 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 proporcione 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

1/2

Este documento es solo de carácter informativo, no llenarlo.



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. GNP9211244PO

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 ostenté 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.

Nombre y firma del titular de la cuenta bancaria o representante legal de la empresa



Anexar al formato los documentos correspondientes

Persona física

- 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.

- 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

2/2

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

Este documento es solo de carácter informativo, no llenarlo.