

En su solicitud de reembolso ponga especial atención al llenado de los siguientes campos:

Reembolso de accidente y/o enfermedad

Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco
c.p. 04200, México D.F.

Documento para uso exclusivo de la institución

1. N° de póliza.

2. Nombre del Asegurado afectado.

3. Padecimiento y/o número de reclamación.

4. Desglose de gastos y suma total.

REVERSO

Recuerde: solo se pueden realizar reembolsos a titulares o afectados mayores de 18 años.

1. Nombre del beneficiario y RFC.

2. Últimos cuatro dígitos de la cuenta dada de alta en el Formato Único de Información Bancaria.

3. Firma.

4. IMPORTANTE: cumplir con los requisitos que se detallan según sea el caso.

CARÁTULA

IV. Instrucciones del pago-finiquito vía transferencia electrónica

1. Nombre del beneficiario y RFC.

2. Últimos cuatro dígitos de la cuenta dada de alta en el Formato Único de Información Bancaria.

3. Firma.

4. IMPORTANTE: cumplir con los requisitos que se detallan según sea el caso.

Cómo llenar el Formato Único de Información Bancaria

CARÁTULA

- 1 Nombre del beneficiario: solo se dará de alta al titular de la póliza o afectados mayores de 18 años.
- 2 Dirección completa.
- 3 RFC.
- 4 Es requisito indispensable elegir una opción y anexar documento que avale dicha información.

- 1 No olvide firmar el formato.
- 2 Recuerde anexar copia de los siguientes documentos:

Formato Único de Información Bancaria para pago vía Transferencia Electrónica

1. Nombre del beneficiario y RFC.

2. Dirección completa.

3. RFC.

4. Es requisito indispensable elegir una opción y anexar documento que avale dicha información.

IV. Solicitud de pago y finiquito/Datos Personales

1. Nombre y Firma del Titular de la cuenta bancaria o representante legal de la empresa.

2. Documentos a anexar:

- 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 social.
- Copia de la identificación oficial vigente del representante legal.

INFERIOR

Este folleto es de carácter informativo, la póliza se rige con base en las Condiciones Generales de la misma.

Todo lo que debe saber sobre su Reembolso de Gastos Médicos

Guía Rápida



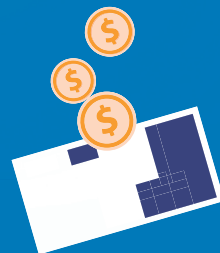
Reembolso de Gastos Médicos

Deducible: es la participación económica que tiene que cubrir cuando se presente una enfermedad o accidente. Este monto fue determinado por usted y está señalado en la carátula de la póliza.

Si los gastos ingresados para reembolso no superan el monto del deducible, estos gastos se quedarán a cuenta hasta cubrirlos en su totalidad.

Es importante recordar que si usted no cubre el monto total del deducible aplicado para el padecimiento o enfermedad durante la vigencia de su póliza, deberá pagar la diferencia que resulte de la inflación económica, siempre y cuando no modifique las condiciones de contratación de su póliza. Esta condición aplica únicamente para pólizas personales.

En caso de que usted haya realizado el pago de su deducible, favor de anexar el comprobante del mismo.



Coaseguro: es un porcentaje que se aplica al monto total de los gastos en los que se incurren durante un accidente o enfermedad, una vez que sea descontado el deducible. Esta participación fue determinada por usted en la carátula de la póliza.

Una vez pagado el deducible, se descontará el porcentaje del coaseguro hasta cubrirlo en su totalidad.

Cuando haya cubierto el monto de deducible y el porcentaje de coaseguro, el reembolso de los gastos que ingrese se devolverá de manera íntegra.



Proceso de trámite

Para solicitar el reembolso de sus GMM siga estos sencillos pasos:



- Ingrese al portal de internet: gnp.com.mx
- Acceda a la pestaña Soy Cliente, Formatos.
- Descargue los formatos de REEMBOLSO, de acuerdo con el tipo de trámite a realizar (Inicial o Subsecuente).
- Reúna los requisitos y complete cada uno de los campos, según su solicitud.
- Presente la documentación solicitada en nuestras oficinas de servicio. Consulta nuestras sucursales en gnp.com.mx accediendo a la pestaña Asistencia y Contacto; o bien, ingrese su trámite con su Asesor Profesional de Seguros.
- En caso de proceder, se realizará el pago de la reclamación vía transferencia electrónica.
- Una vez que usted entregue toda la documentación, GNP Seguros asigna un número de folio, que es útil para conocer el status de su trámite vía telefónica al siguiente número:

Línea GNP® 5227 9000 Distrito Federal
 01 800 400 9000 Interior de la República
gnp.com.mx GNP Seguros



Requisitos para tramitar su reembolso

¿Su trámite es inicial?

Esto significa que es la primera vez que ingresará gastos por una enfermedad o accidente, por lo cual debe considerar:

Documentos:

Por cada Asegurado o padecimiento cubierto es necesario presentar:

1. Formato "Aviso de accidente y/o enfermedad" (llenado y firmado por el Asegurado).
2. Formato "Informe médico" (de cada especialista que le haya brindado la atención médica).
3. Formato "Reembolso de accidente y/o enfermedad" (llenado y firmado por el Asegurado).
4. Comprobantes de gastos a nombre del Asegurado titular o Asegurado afectado mayor de edad, tales como:
 - Recibos de honorarios médicos, recetas, factura original de medicamentos, entre otros (es importante que cuente con todos los requisitos fiscales).
5. Resultados de análisis clínicos de laboratorio que hayan servido para llegar al diagnóstico; o de seguimiento para la evolución del padecimiento.
6. Interpretación de estudios de:
 - Imagenología: Rx resonancia magnética, tomografía axial computarizada.
 - Gabinete: electrocardiograma, electroencefalograma, ecocardiograma, etc.
 - Patología: estudio histopatológico.
7. Bitácora de atención: servicio de enfermería y rehabilitación física.
8. Formato Único de Información Bancaria, copia de Identificación Oficial vigente y copia de su estado de cuenta donde señale: nombre, banco y clabe interbancaria del beneficiario.



¿Su trámite es subsecuente?

Son nuevos gastos que realizó a consecuencia de la enfermedad o accidente que ingresó en el trámite inicial.

Documentos:

1. Formato "Reembolso de accidente y/o enfermedad".
2. Comprobantes de gastos a nombre del Asegurado titular o Asegurado afectado mayor de edad, tales como:
 - Recibos de honorarios médicos, recetas, factura original de medicamentos, entre otros (es importante que cuente con todos los requisitos fiscales).
3. Recetas médicas (solo si existe cambio en el tratamiento médico o cada 6 meses).
4. Resultados de análisis clínicos de laboratorio o interpretación de estudios.
5. Formato "Informe médico" (de cada especialista que le haya dado la atención médica, incluyendo fisioterapeutas).
 - Si su enfermedad es crónica, presentar informe médico y recetas actualizadas cada 6 meses.



Ningún documento será válido con tachaduras, enmendaduras, y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Nota: Descontaremos su deducible, coaseguro contratado, gastos personales y gastos no relacionados con el padecimiento. No se reembolsarán comprobantes de gastos de instituciones de beneficencia.



Para mayor información, consulte los videos en:

- <http://gnpviviresincreible.com.mx/gnp-te-cuida/donde-puedo-recibir-atencion-medica.html>
- <http://gnpviviresincreible.com.mx/gnp-te-cuida/1973.html>
- <http://gnpviviresincreible.com.mx/gnp-te-cuida/que-es-un-gasto-medico-mayor.html>



Importante:

A partir de que Usted o su Asesor Profesional de Seguros ingresen su trámite con la documentación previamente requerida y completa, el proceso de validación es de 5 días hábiles.

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:
<input type="checkbox"/> Enfermedades Graves <small>(si usted selecciona esta opción, deberá llenar además el siguiente apartado "Detalle del reembolso")</small>
<input type="checkbox"/> Procedimientos Quirúrgicos
<input type="checkbox"/> 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 gnp.com.mx o bien, comunicarse a Línea GNP a los teléfonos 5227 9000 desde la Ciudad de México o al 01 800 400 9000 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 vía transferencia electrónica**Seleccione y registre el nombre y RFC de la persona a la que 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)

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	R.F.C.	letras	año	mes	dia	homoclave (si cuenta con ella)
------------------	------------------	-----------	--------	--------	-----	-----	-----	-----------------------------------

Correo electrónico para notificaciones de pago (Asegurado)	Correo electrónico para notificaciones de pago (Agente/Administrador de Riesgos)
--	--

*En aquellos casos en los que se trate de un Contrato en la que el Asegurado afectado/Participante sea un menor de edad, indique en el siguiente espacio el tipo de parentesco. Así mismo, anexe el formato de identificación del diente, 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

Parentesco con el Asegurado afectado/Participante
 Padre Madre Tutor

1. Si está solicitando por primera vez el reembolso de gastos médicos mayores con GNP, deberá entregar junto con el presente documento el **formato único de información bancaria para pago vía transferencia electrónica** debidamente llenado.

2. Si no es la primera vez que tramita reembolso de gastos médicos mayores con GNP y tiene más de una cuenta de pago registrada en GNP indique los últimos 4 dígitos:

 Cuenta CLABE _____

 Tarjeta de Débito _____

 Monedero Electrónico GNP _____

NOTA: En caso de no indicar la información solicitada, el pago se realizará a la cuenta en la que se depositó el último reembolso.

3. En caso de rechazo bancario notificar a:

Agente Teléfono de Contacto: _____

Beneficiario del pago Teléfono de Contacto: _____

Datos Personales y Consentimiento:

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., el cual contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles. Asimismo, se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página www.gnp.com.mx. Por lo anterior:

 Sí Consiento dicho tratamiento
 No Consiento dicho tratamiento

En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares de datos, reconozco mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

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 anestesiastas deberán ser expedidos en las formas que para tal efecto exige la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y a nombre del Asegurado titular. Dichos recibos deberán especificar el concepto, por ejemplo: consulta o | <ol style="list-style-type: none"> ayudantía, etc. De igual forma, los comprobantes de gastos deberán ser expedidos a nombre del Asegurado titular. 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, anestesiasta, 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. 10. Haber concluido el proceso de registro de información bancaria del beneficiario del pago. |
|---|--|

Recuerde:

Programar su cirugía o tratamiento médico le brinda grandes beneficios

¡Aprovéchelos!