

**Reembolso de accidente y/o enfermedad**

Favor de presentar este documento con los comprobantes originales de sus gastos. Este cuestionario deberá ser llenado según aplique con información correcta, detallada y firmado por el Asegurado.

Por el hecho de proporcionar este formulario, la Compañía no queda obligada a admitir la validez de la reclamación, ni a renunciar a sus derechos conforme a la póliza y/o Ley Sobre el contrato de Seguro.

**Este formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras.**

<b>Póliza No.</b>	Fecha		
	día	mes	año

<b>DATOS DEL ASEGURADO TITULAR</b>	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente o No. de certificado

<b>DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO</b>	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente o No. de certificado
	Parentesco con el Asegurado titular	Padecimiento	¿Es primer pago?	
			<input type="checkbox"/> Si <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				

<b>DATOS DEL CONTRATANTE</b>	<b>En caso de ser distinto al Asegurado titular</b>	Código cliente (si cuenta con él)
	Nombre o razón social	

<b>DATOS DEL REEMBOLSO</b>	Sólo en caso de tener indemnización diaria por accidente y enfermedad, indique fecha de incapacidad.		día	mes	año
	<b>Detalle del reembolso</b>				
	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 anestesista)				
5. Otros gastos (especificar):					
<b>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.</b>				Total	

<b>LUGAR DONDE RECIBIÓ LA ATENCIÓN</b>	Municipio o delegación	Población y/o estado

FONESA FORMAS PARA NEGOCIOS, S.A. DE C.V. TEL. 5362-09-22 1061C8

**INSTRUCCIONES DEL PAGO-FINIQUITO VIA TRANSFERENCIA ELECTRONICA**

**Seleccione y registre el nombre y RFC de la persona a la que deberá efectuarse el reembolso.**

Asegurado titular                                       Asegurado afectado (sólo si es mayor de edad)  
 Padre, Madre o Tutor (Sólo si el Asegurado afectado es menor de edad)

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	R.F.C.
			letras    año   mes   día   homoclave-
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 el que el Asegurado afectado sea un menor de edad, indique en el siguiente espacio el tipo de parentesco. Así mismo, anexe el Formato de Identificación del Cliente, copia de su identificación oficial, copia de su comprobante de domicilio y el (los) documento(s) correspondiente(s) que acredite(n) que se trata del padre, madre o tutor del menor.

Parentesco con el Asegurado afectado en caso de ser menor de edad.

Padre     Madre     Tutor

**INSTRUCCIONES DEL PAGO-FINIQUITO VIA TRANSFERENCIA ELECTRONICA**

- 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.
- 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:
 

<input type="checkbox"/> Cuenta CLABE				
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Débito				
<input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del asegurado afectado

**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 [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx) Por lo anterior:

**SOLICITANTE AFECTADO (y de su Representante Legal si es menor de edad)**

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 el Aviso de Privacidad Integral para su consulta.

REEMBOLSO DE ACCIDENTE REVERSO 02-SEPT-16 SV  
 PANTONE 1585 C PANTONE 288 C PANTALLA 60%, 7%  
 133 LPI

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. a) Formato para reembolso de Accidente y/o Enfermedad  
b) Aviso de Accidente o Enfermedad e Informe Médico  
c) Comprobantes de gastos con requisitos fiscales respectivos  
d) Copia de la historia clínica completa  
e) Interpretación de estudios, así como copia de los estudios practicados
2. El médico que le atendió debe llenar con claridad el informe médico, poniendo especial atención en el diagnóstico que emite y en las fechas que se solicitan.
3. Los comprobantes originales de los gastos efectuados deberán ser presentados para su revisión (factura detallada del hospital, recibos de médicos, ayudantes, facturas de farmacia acompañadas de la receta, etc.). Los recibos de honorarios deberán ser firmados por la persona que los expidió.
4. Los recibos por honorarios profesionales de médicos, ayudantes y anestesistas deberán ser expedidos en las formas que para tal efecto exige la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y a nombre del Asegurado titular.  
  
Dichos recibos deberán especificar el concepto, por ejemplo: consulta o ayudantía, etc. De igual forma, los comprobantes de gastos deberán ser expedidos a nombre del Asegurado titular.
5. Al comprar sus medicamentos en la farmacia, anexe a la nota, la receta del médico. Indique en sus notas los medicamentos o artículos que no sean para el paciente.
6. Por cada consulta el médico deberá expedir el recibo de honorarios correspondiente, indicando el importe de la misma. Además de indicar las recetas médicas generadas por dicha consulta.
7. Revise que el hospital y el médico, al expedir el total de la cuenta, desglose el costo por cada uno de los conceptos que la forman (renta diaria del cuarto, honorarios médicos, consultas, anestesista, etc.).
8. No se aceptarán pagos a instituciones de beneficencia o establecimientos oficiales de servicio.
9. En caso de que se presenten dos reclamaciones simultáneas, separe los gastos de cada accidente o enfermedad y llene para cada uno, toda la documentación requerida.
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!**

Nombre y firma del Asegurado Afectado

Nombre y firma del Representante Legal  
en caso de ser menor de edad