

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
<p>Línea Azul Certeza</p> <p>Si no está asegurado con este plan favor de continuar en el apartado de Detalle del reembolso</p> <p>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:</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedades Graves <small>(si usted selecciona esta opción, deberá llenar además el siguiente apartado "Detalle del reembolso")</small></p> <p><input type="checkbox"/> Procedimientos Quirúrgicos</p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalización</p> <p>IMPORTANTE: Podrá consultar el detalle de las enfermedades y procedimientos quirúrgicos amparados bajo estas coberturas en sus condiciones Generales, en nuestra página de Internet www.gnp.com.mx o bien, comunicarse a Asistencia Línea Azul a los teléfonos 5227 3333 desde la Ciudad de México o al 01 800 001 9200 sin costo desde el interior de la República.</p>

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

--

