

Aviso de accidente

Este cuestionario debe ser contestado por el asegurado, o por los beneficiarios (en caso de Muerte Accidental), y entregado a Grupo Nacional Provincial, S.A.B.

Lugar	Fecha		
	día	mes	año

Of.	Póliza No.	Nombre del Contratante (grupo, colectividad o escuela a la que pertenece)	
Nombre del asegurado principal		No. de certificado	
Datos del asegurado afectado			
Nombre del asegurado afectado		Sexo	Fecha de nacimiento
			día mes año
Dirección		Teléfono	
Indique el motivo de la reclamación			Fecha en que ocurrió el accidente
<input type="checkbox"/> Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Gastos Médicos <input type="checkbox"/> Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Gastos Funerarios			día mes año
Detállese cómo ocurrió el accidente			
Causa del accidente			
<input type="checkbox"/> Caída <input type="checkbox"/> Actos de violencia <input type="checkbox"/> Acc. de trabajo <input type="checkbox"/> Envenenamiento <input type="checkbox"/> Acc. Deportivo <input type="checkbox"/> Acc. de Tránsito <input type="checkbox"/> Otro			
Hora en que ocurrió el accidente		Lugar del accidente	
		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Vía Pública <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Viaje <input type="checkbox"/> Otro	
Especificar si el accidente ocurrió en uno de los siguientes casos:			
<input type="checkbox"/> Vehículo público que no sea aéreo <input type="checkbox"/> Ascensor para servicio público <input type="checkbox"/> Incendio de cualquier teatro, hotel u otro edificio público			
Fecha 1ª Consulta	Si estuvo hospitalizado, indique el nombre del Hospital		No. de días que estuvo hospitalizado
día mes año			
Nombre y dirección de los médicos que lo han atendido por el padecimiento objeto de esta reclamación			
Número de acta del Ministerio Público			
Reclamaciones previas que la persona afectada ha presentado con la compañía			
No. de reclamación	Causa o motivo		
Autorizo al hospital y al (los) doctor(es) que me atiende(n) a proporcionar copia de la historia clínica e información médica que sea solicitada por Grupo Nacional Provincial, S.A.B. en relación con la presente reclamación.			
_____ Firma del Asegurado afectado			

40163350.p65

Favor de anexar a este cuestionario el "Informe Médico" y, en caso de fallecimiento del asegurado, la "Declaración del Fallecimiento".
 40 16 35 www.gnp.com.mx

Sólo llenar en caso de SIGA Productivo y SIGA Profesionales				
Parentesco con el asegurado principal		Fecha de ingreso a la empresa o colectividad	Ocupación al ingresar al grupo o colectividad asegurada	
		día mes año		
Ocupación actual / Última ocupación				
Describa las labores que desempeña			Sueldo mensual	
Fecha en que dejó de trabajar	Causa por la que dejó de trabajar		Indicar incrementos que tuvo el aseg. durante el último año, para efectos de calcular S.A., cuando ésta haya sido contratada en base a sueldo.	
día mes año			Sueldo anterior	Fecha de incremento
				día mes año
Nombre y cargo de la persona que firma como contratante			Firma del contratante	
Sólo llenar en caso de SIGA Profesionales				
¿Cuál es su horario de trabajo?		¿Qué actividad estaba realizando?		
En caso de estar autorizada esta actividad por la empresa, especifi que por quién				
Sólo llenar en caso de SIGA Viajeros (Corto plazo o Temporal)				
Mencione la Ciudad, Estado y País donde ocurrió el accidente				
Sólo llenar en caso de SIGA Deportistas				
Cuando ocurrió el accidente usted se encontraba en:				
<input type="checkbox"/>	Competencia	<input type="checkbox"/>	Entrenamiento	<input type="checkbox"/>
				Otra (especifi car)
Tipo de práctica		¿Qué deporte estaba practicando?		
<input type="checkbox"/>	Profesional	<input type="checkbox"/>	Amateur	
Lugar destinado para la práctica del deporte				
Horario y días a la semana destinados para la práctica del deporte				
En caso de buceo, indique profundidad a la que se encontraba				
Sólo llenar en caso de SIGA Escolares				
Nombre de la escuela		Clave		
				<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Alumno

En caso de tratarse de un alumno, indique turno, No. de matrícula y escolaridad (grado y grupo)		
Turno:	Matrícula:	Grado y Grupo:
En caso de alumnos, indique el nombre del padre o tutor		
Firma del Padre o Tutor		Firma y sello del representante de la escuela
Sólo en caso de RGM: Indicar a nombre de quién deberá expedirse el cheque:		