

Línea Azul[®]
VIP

Condiciones Generales

Individual
Abril 2007

Contenido

Definiciones	5
Cobertura básica	11
Exclusiones a la cobertura básica y a los beneficios adicionales	17
Gastos a cargo del Asegurado	21
Cláusulas generales	23
Beneficios adicionales a la cobertura básica	31
¿Qué hacer en caso de reclamación?	41

Definiciones

Para efectos de este Contrato se entenderá:

Accidente

Un acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta que lesiona al Asegurado ocasionándole daño(s) corporal(es).

Antigüedad

Es el tiempo que el Asegurado ha estado cubierto en forma continua con GNP.

Asegurado

Es la persona expuesta a cualquier enfermedad o accidente cubierto por esta póliza y que tiene derecho a los beneficios de la misma.

Asegurado titular

Persona determinada por el Contratante que en adición a éste puede solicitar modificaciones y/o ajustes a la póliza.

Auxiliares mecánicos

Son aquellos aparatos, artefactos o equipos que facilitan el desplazamiento o movimiento de las personas que cursan una enfermedad o se encuentran en el periodo de recuperación de la salud (muletas, bastones, andaderas, camas ortopédicas, trapecio, barras, barandales, grúa ortopédica, silla de ruedas, entre otros).

Beneficiario

Persona física titular de los derechos indemnizatorios.

Carátula de la póliza

Documento que contiene los datos generales de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones de las partes.

Certificado de cobertura por Asegurado

Documento que forma parte de la póliza en el que se especifica para cada uno de los Asegurados la relación de riesgos amparados, así como también los límites máximos de responsabilidad de GNP, deducibles y coaseguros.

Círculo Médico

Son los médicos, profesionistas independientes, con quienes GNP tiene celebrado un convenio en el que se especifica el nivel de honorarios que regularmente cobra cada uno de ellos.

Coaseguro

Cantidad que pagará el Asegurado del total de los gastos cubiertos por esta póliza una vez descontado el deducible contratado.

Condiciones especiales de contratación

Son todas aquellas disposiciones que se refieren concretamente al o los riesgos que se aseguran en la Póliza.

Condiciones generales

Es el conjunto de principios básicos que establece GNP de forma unilateral y que regula las disposiciones legales y operativas del Contrato de seguro.

Contratante

Persona física o moral que interviene en la celebración del Contrato, misma que para efectos de éste, será la responsable del pago de la prima.

Deducible

Cantidad fija estipulada en la carátula de la póliza, que aplica una sola vez para cada enfermedad o accidente cubierto, de acuerdo a las condiciones vigentes en el Contrato al momento de realizar el primer gasto. Una vez rebasada esta cantidad comienza la obligación de GNP.

Dependientes económicos

Son el cónyuge y los hijos menores de 26 años de edad del Asegurado Titular que estén cubiertos en la misma póliza de Gastos Médicos Mayores que el Asegurado Titular tenga contratada con GNP al momento del fallecimiento o de la determinación de la Invalidez Total y Permanente del mismo.

Descripción del movimiento

Es una explicación de la última modificación realizada a la póliza.

Enfermedad o padecimiento

Es la alteración en la salud del Asegurado, diagnosticada por un médico profesional independiente legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

Expediente médico

Es la descripción detallada y ordenada de los datos relativos a la salud del Asegurado, el cual está integrado por los formatos de aviso de accidente o enfermedad y el informe médico establecido por GNP. Asimismo conformarán dicho expediente médico los documentos escritos, gráficos, imagenológicos o de cualquier otra índole, suscritos por cualquier profesional de la salud.

Extraprima

Es la cantidad adicional que el Asegurado se obliga a pagar a GNP, por cubrir un riesgo agravado.

GNP

Grupo Nacional Provincial, S.A.

Honorarios médicos

Pago que obtiene el médico profesional independiente legalmente reconocido, por los servicios que presta a los Asegurados de acuerdo al tabulador contratado.

Hospitalización

Es la permanencia del Asegurado en una clínica, hospital o sanatorio, comprobable y justificada para la atención de una enfermedad o accidente. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

Inicio de cobertura

Es la fecha a partir de la cual el Asegurado tiene derecho a los beneficios de este Contrato de seguro.

Si la póliza se cancela o no se renueva, el Asegurado perderá su antigüedad. Si el Asegurado decide contratar nuevamente en el futuro su póliza de gastos médicos mayores con GNP, la nueva fecha de alta será considerada como inicio de cobertura.

Invalidez Total y Permanente

Se considerará Invalidez Total y Permanente si durante la vigencia de la Póliza las facultades y aptitudes con que contaba el Asegurado a la fecha de contratación de esta Póliza se ven afectadas por lesiones corporales a causa de un accidente o enfermedad, en forma tal que lo imposibilite permanentemente para desempeñar una ocupación o trabajo remunerativo; siempre que dicha imposibilidad haya sido continua durante un periodo no menor a 3 meses.

También se considerará Invalidez Total y Permanente a la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, de una mano y de un pie o de una mano o un pie y la vista de un ojo. En estos casos no operará el período a que se refiere el párrafo anterior.

Para los efectos de este contrato se entiende por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el Asegurado deberá presentar, además de los requisitos solicitados por GNP, el dictamen de invalidez total y permanente dictado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez.

Lugar de Residencia

Ciudad o población del domicilio declarado en la solicitud por cada Asegurado.

Órtesis o aparatos ortopédicos

Aditamento mecánico que sirve para suplir una función del sistema músculo-esquelético (férulas, zapatos ortopédicos, entre otros).

Padecimientos preexistentes

Se considerará preexistente, cualquier enfermedad o padecimiento:

- Que haya sido declarado antes de la celebración del contrato, y/o;
- Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, y/o;
- Diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
- Por el que previamente a la fecha de celebración del contrato, se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico.

Pago directo

Es el pago que realiza directamente GNP al prestador de servicios independiente, con el cual ha celebrado un convenio, por la atención médica a los Asegurados que presenten enfermedades o accidentes cubiertos por este Contrato.

Periodo al descubierto

Es aquel intervalo de tiempo durante el cual se cancela este Contrato. Se genera por la falta de pago de primas o por no haber solicitado la renovación de la póliza.

Periodo de espera

Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de cada Asegurado, a fin de que ciertas enfermedades puedan ser cubiertas por la póliza.

Plan

Conjunto de componentes de la póliza: suma asegurada, deducible, coaseguro, tabulador de honorarios médicos, entre otros, incluyendo las Condiciones especiales de contratación, que indican al Asegurado los beneficios a que tiene derecho.

Prima

Es la contraprestación prevista en el Contrato de seguro a cargo del Asegurado.

Primer gasto

Es el gasto más antiguo en que el Asegurado incurre para la atención de una enfermedad o accidente.

Programación de cirugías, tratamientos médicos y servicios

Servicio solicitado por el Asegurado y otorgado por GNP, el cual consiste en confirmar el pago directo al prestador de servicios independiente con el cual ha celebrado un convenio, por la atención médica a los Asegurados que presenten enfermedades o accidentes cubiertos por este Contrato, antes de que ocurra la intervención quirúrgica, tratamiento con hospitalización o cirugía ambulatoria.

Prótesis

Sustitución de una parte del esqueleto o de un órgano por una pieza o implante especial, que reproduce lo que ha de sustituir. También se denomina de este modo a la pieza o implante artificial introducido en el organismo.

Prótesis auditiva

Pieza, prótesis o implante especial con la cual se mejora la audición.

Reclamación o solicitud de servicios

Es el trámite que efectúa el Asegurado ante GNP, para obtener los beneficios de este Contrato a consecuencia de una enfermedad o accidente. GNP define si es o no procedente de acuerdo a las coberturas de la póliza.

Reembolso

Es la restitución de gastos procedentes, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto. GNP reintegrará la suma que corresponda después de aplicar las condiciones contratadas al propio Asegurado o a la persona que éste decida.

Renovación

Emisión consecutiva del contrato por un periodo igual.

Reporte desde el hospital

Servicio en el que GNP puede ofrecer el pago directo a los prestadores de servicios independientes, previa valoración y dictamen, notificando el resultado del mismo al Asegurado durante su estancia hospitalaria.

Salud

Salud es el bienestar biológico objeto de este Contrato.

SMGMVDF

Salario mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal.

Suma asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de GNP, convenido para cada cobertura y aplicable por enfermedad o accidente y ocurrido dentro de la vigencia de la póliza.

Tabulador de honorarios médicos

Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos, en el cual se especifica el monto máximo a pagar por GNP para cada uno de éstos.

Urgencia médica o emergencia médica

Es una enfermedad o lesión imprevista, súbita y fortuita que pone en peligro la vida, un órgano o una función y exige atención médica inmediata.

Versión

Documento emitido por GNP con posterioridad a la fecha de inicio del contrato de Seguro, el cual conserva el mismo número de Póliza y refleja las condiciones actuales del Contrato de Seguro.

Viaje

Se considera que el Asegurado esta de Viaje cuando se encuentre a más de 50 kilómetros de distancia del centro del Lugar de Residencia.

Vigencia

Periodo de validez del Contrato.

Cobertura básica

El objeto de este Contrato es resarcir al Asegurado de los gastos en que incurra, con motivo de la atención médica que reciba para el restablecimiento de su salud biológica de acuerdo a un diagnóstico médico definitivo, dentro de los límites y condiciones que a continuación se señalan.

Lo anterior, tendrá lugar en cualquier parte del mundo, siempre que la póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir la enfermedad o accidente.

Gastos a cargo de GNP

Son aquellos que conforme a las condiciones de este Contrato, resulten procedentes de la atención médica, tales como:

- Honorarios por consultas médicas, tratamiento médico y/o quirúrgico se pagarán de acuerdo a:

Territorio nacional

- a) Los honorarios de los médicos que pertenezcan al Círculo Médico contratado, serán cubiertos con base en los montos económicos y políticas de aplicación de tabulador convenidos. En este caso el Asegurado no pagará diferencia alguna por este concepto.
- b) Los honorarios de los médicos que no pertenezcan al Círculo Médico contratado, serán cubiertos de acuerdo a los tabuladores establecidos para el plan contratado.

Territorio extranjero

Se aplicará el tabulador UCR (Usual, Customary & Reasonable). Las consultas médicas post-operatorias en los siguientes 15 días naturales a la intervención, se incluirán dentro de los honorarios médicos por intervención quirúrgica.

- Hospital, clínica o sanatorio, considerados dentro del plan contratado, en el cual se lleve a cabo el tratamiento médico necesario, relacionados con él o los padecimientos cubiertos para restablecer la salud del Asegurado. Comprenden el costo de habitación, alimentos y paquete de admisión en:

Territorio Nacional: Suite, se considerará la categoría inmediata superior al cuarto privado estándar.

Territorio Extranjero: Cuarto privado estándar.

- Sala de operaciones, recuperación y curaciones.
- Equipo de anestesia, gases y medicamentos requeridos por el médico anestesiólogo.
- Análisis de laboratorio, gabinete e imagenología que comprenden estudios desde la biometría hemática o estudios de rayos X, electrocardiogramas, electroencefalogramas, hasta la utilización de estudios de punta como la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética o los estudios con isótopos radioactivos y

cualquier otro estudio necesario que haya sido utilizado para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de una enfermedad o accidente amparada por esta póliza. Estos gastos serán cubiertos siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo y la enfermedad o accidente esté cubierto por la póliza y que no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

- Costo de cama extra para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado permanezca hospitalizado.
- Medicamentos adquiridos dentro o fuera del hospital, clínica o sanatorio. Solamente se cubren las medicinas prescritas por los médicos tratantes y relacionadas con el padecimiento cubierto y autorizados por las autoridades sanitarias para su venta en territorio nacional. Para el reembolso se deberá presentar la factura a nombre del Asegurado o del Asegurado titular de la póliza y las recetas correspondientes.
- Honorarios de enfermeras independientes legalmente autorizadas para ejercer su profesión, siempre que sus servicios hayan sido prescritos por el médico tratante y hasta un periodo máximo de 30 días por enfermedad o accidente. El pago de honorarios estará sujeto a lo estipulado en el Tabulador de Honorarios Médicos que forma parte de la póliza y de acuerdo al plan contratado.
- Las pruebas cruzadas de los donadores necesarios (no candidatos) y los insumos para transfusión de sangre, plasma u otros derivados sanguíneos, indispensables para el tratamiento de una enfermedad y/o accidente cubierto hasta \$2,500 pesos.
- Estancia del Asegurado en terapia intensiva, intermedia y unidad de cuidados coronarios.
- Compra o renta de aparatos ortopédicos y prótesis que se requieran a causa de una enfermedad o accidente cubiertos por esta póliza (excepto lo expresamente excluido).
- Ambulancia de traslado terrestre (independiente del servicio de Médica Móvil), dentro de la localidad donde se atiende la enfermedad o accidente y como consecuencia del siguiente evento:
 - Para traslados del hospital al domicilio y del domicilio al centro de atención, siempre y cuando sean médicamente necesarios.
- Ambulancia aérea en caso de urgencia médica. GNP cubrirá el importe de los gastos erogados por la contratación de este servicio en territorio nacional y extranjero, siempre y cuando éste se requiera como consecuencia de una urgencia médica de una enfermedad o accidente cubierto, de acuerdo a las condiciones de la póliza y cuando no se cuente con los recursos médicos ni hospitalarios para su atención en el lugar donde se presentó la urgencia y sea necesario médicamente por las condiciones del paciente.

Si el Asegurado contrata este servicio con Médica Móvil, podrá operar el sistema de pago directo y en caso de optar por otra empresa, los gastos se cubrirán vía reembolso.

En ambos casos se aplicará un coaseguro del 20%. Este coaseguro es independiente del tope máximo definido en el apartado de Gastos a cargo del Asegurado.

GNP cubrirá la indemnización en los términos anteriores, pero no se responsabiliza de la contratación del servicio, ni de sus características o condiciones.

- Gastos médicos derivados de la práctica no profesional de cualquier deporte, incluyendo deportes peligrosos.
- Tratamientos de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y quimioterapia prescritos por el médico tratante.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir el estrabismo de los Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando la madre Asegurada haya cumplido con el periodo de espera de 10 meses en la póliza a la fecha del nacimiento del Asegurado.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo (no estético) que sean indispensables a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza.
- Únicamente los servicios extrahospitalarios que a continuación se mencionan: programación de tratamientos que incluyen medicamentos especializados, rehabilitación física y pulmonar, alimentación parenteral, todo ello mediante la prescripción médica.

- Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, debidamente sustentados con las radiografías que corroboren el daño sufrido por el accidente.

Enfermedades y tratamientos con periodo de espera

- El Asegurado deberá cumplir con al menos 48 meses de cobertura continua en la póliza para cubrir el siguiente padecimiento:

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados antes o durante este periodo. Durante este mismo periodo, no se cubrirán los gastos de diagnóstico para detectar el virus.

Ayuda para maternidad: Parto y sus complicaciones

- Cobertura de la madre Asegurada

Mediante este beneficio, GNP será responsable de cubrir los gastos médicos que erogue la Asegurada con motivo de la atención médica que reciba a consecuencia de parto normal, hasta por el monto indicado en el apartado de Condiciones especiales de contratación especificadas en el Certificado de cobertura por Asegurado, sin aplicar deducible y coaseguro. En caso de requerir médicamente cesárea, se cubrirá como si fuese enfermedad y sólo se pagarán los gastos procedentes del evento quirúrgico. Esta cobertura aplica siempre y cuando el deducible contratado sea menor o igual a la Suma asegurada por parto normal.

En caso de complicaciones del embarazo, parto o puerperio, GNP sólo será responsable de pagar los gastos médicos en que incurra la madre Asegurada por la atención que reciba a consecuencia de las siguientes complicaciones:

- Embarazo extrauterino.
- Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.
- Mola hidatiforme (embarazo molar).
- Sepsis puerperal (fiebre puerperal).
- Placenta previa.
- Placenta acreta.
- Óbito.

Este beneficio aplicará, siempre y cuando la Asegurada cumpla con al menos 10 meses de cobertura continua en la póliza con GNP a la fecha del nacimiento.

Para esta cobertura, las condiciones de la reclamación se establecerán sobre la base del Contrato vigente 10 meses antes del nacimiento.

Exclusiones

Esta cobertura no aplica para los siguientes eventos, sin importar cuál sea su origen o complicación y su forma de tratamiento:

- a) Aborto.**
- b) Complicaciones del embarazo, parto y puerperio que no se encuentren explícitamente cubiertas en esta cobertura.**
- c) Complicaciones del embarazo cuando sea como consecuencia de un tratamiento de infertilidad y/o esterilidad. En estos casos no se pagará ningún gasto relacionado al recién nacido ni tampoco a los que presente la madre. Para este inciso, en caso de urgencia médica aplican los términos del apartado de Emergencia de gastos médicos mayores no cubiertos.**

- Cobertura del recién nacido

Aquéllos menores que nazcan durante la vigencia de la póliza y que su madre cumpla con los requisitos de antigüedad aplicables para la cobertura de parto, cesárea y sus complicaciones (10 meses), quedarán Asegurados automáticamente con una póliza sin cobro de prima desde su nacimiento hasta la renovación, sin necesidad de selección médica, cubriéndoles padecimientos congénitos, prematuridad y/o complicaciones que se presenten a partir de la fecha de su nacimiento.

Para tal fin, el Asegurado titular y/o Contratante deberá notificar por escrito a GNP el nacimiento, durante la vigencia del Contrato a más tardar en la siguiente renovación.

Para la cobertura de padecimientos congénitos, las condiciones de la reclamación se establecerán con base en la póliza vigente 10 meses antes del nacimiento.

Exclusiones

Esta cobertura no aplica para las siguientes enfermedades y sus complicaciones:

- **Padecimientos congénitos o prematuridad, originados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad y/o esterilidad de los padres del menor Asegurado.**
- **Padecimientos o complicaciones que presente el recién nacido originado por otra enfermedad excluida en la cobertura de la madre Asegurada.**
- Cobertura de Preexistencia

Con este beneficio, GNP únicamente cubrirá los gastos derivados de padecimientos preexistentes a la contratación de la póliza, bajo los siguientes casos:

- Por los que no se hayan erogado gastos, recibido algún tratamiento y/o hayan presentado signos o síntomas durante un periodo de entre seis meses y dos años continuos de vigencia en la póliza, siempre y cuando exista el padecimiento amparado en las Condiciones especiales de contratación especificadas en el Certificado de cobertura por Asegurado. Para este caso, se aplicarán las condiciones contratadas dentro de la cobertura básica.
- Aquéllos padecimientos preexistentes por los que no se hayan erogado gastos, recibido algún tratamiento o hayan presentado signos o síntomas durante un periodo de cinco años continuos de vigencia en la póliza, para este caso, se aplicarán las condiciones contratadas dentro de la cobertura básica hasta la suma asegurada indicada en la siguiente tabla:

Antigüedad	Suma Asegurada
5-9 años	\$25,000 dólares
10 años en adelante	\$50,000 dólares

En caso de recibir la atención médica en territorio extranjero, GNP pagará el equivalente a la Suma asegurada correspondiente, en la moneda del país en que el Asegurado haya recibido la atención médica, de acuerdo al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a la fecha en la que el Asegurado haya recibido los servicios médicos.

- Aquellos gastos derivados de padecimientos preexistentes no incluidos en el punto "a" y "b" o expresamente excluidos en el Certificado de cobertura por Asegurado, quedarán excluidos y por ningún motivo se cubrirán.

Exclusiones

- **Cualquier padecimiento que haya generado gastos, recibido tratamiento o haya presentado signos o síntomas durante los periodos especificados en los puntos arriba mencionados**
- Emergencias de gastos médicos mayores no cubiertos

Con este beneficio, GNP cubrirá los gastos originados a partir de cualquier urgencia médica por la complicación de los tratamientos y/o estudios de prevención de los siguientes conceptos, hasta la recuperación de la salud del Asegurado o hasta el límite de Suma asegurada para esta cobertura, lo que ocurra primero:

- a) Tratamientos estéticos y de calvicie.
- b) Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por obesidad, anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.
- c) Tratamientos de infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual o disfunción eréctil.
- d) Tratamientos dentales, alveolares o gingivales.
- e) Estudios de prevención: exámenes médicos o estudios de cualquier tipo para comprobar el estado de salud o check-ups.
- f) Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura, aunque sean proporcionados por personas sin cédula profesional que los acredite como médicos legalmente autorizados para realizar dichos tratamientos.

En caso de no existir urgencia médica prevalecen las condiciones de la Cobertura básica, mismas que los excluye.

Exclusiones

- **De los conceptos antes descritos en los incisos "a" al "f", aquéllos que sean preexistentes a la contratación de esta póliza**
- **Exclusiones a la Cobertura básica que no correspondan a lo descrito en los incisos "a" al "f" citados**

Para hacer válida esta cobertura se deberá cumplir con los periodos de espera establecidos para los padecimientos que lo requieran.

La Suma asegurada para este beneficio será de \$50,000 dólares. Los gastos procedentes para efectos de esta cobertura, se determinarán descontando al total de los gastos erogados por el Asegurado, el costo determinado por GNP para el(los) tratamiento(s) efectuado(s) de acuerdo al plan contratado. Del mismo modo, se descontarán los gastos originados por conceptos que normalmente no están cubiertos por esta póliza.

Para este beneficio aplica deducible y coaseguro contratado en la Cobertura básica.

Para la cobertura de parto y cesárea aplicarán las condiciones especificadas en la Cobertura básica en el apartado de Parto, cesárea y sus complicaciones excepto en caso de urgencia médica para el inciso "c" de Exclusiones de dicha cobertura, en cuyo caso aplica esta cobertura.

Los padecimientos preexistentes declarados en la solicitud de seguro de gastos médicos y/o anexo de la solicitud de seguro de gastos médicos, se cubrirán de acuerdo a las especificaciones de la Cobertura de preexistencia.

En caso de recibir la atención médica en territorio extranjero, GNP pagará el equivalente a la Suma asegurada correspondiente, en la moneda del país en que el Asegurado haya recibido la atención médica, de acuerdo al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a la fecha en la que el Asegurado haya recibido los servicios médicos.

- Padecimientos congénitos para nacidos fuera de la vigencia de la póliza

Con este beneficio, GNP cubrirá los gastos originados por los padecimientos congénitos que presenten Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza o aquellos que nazcan durante la vigencia de la póliza y que la madre no cumpla con los requisitos de antigüedad aplicable para la cobertura de Ayuda para maternidad (10 meses) y que cumplan con las siguientes características:

- No se hayan presentado signos ni síntomas, ni realizado diagnóstico y tratamiento médico a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza.
- No hayan erogado gastos por dichos padecimientos a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza.
- El padecimiento haya sido desapercibido por el Asegurado a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza.

Si se cumple con lo anterior, el padecimiento será cubierto bajo las condiciones contratadas en la Cobertura básica.

Exclusiones a la cobertura básica y beneficios adicionales

Esta póliza NO CUBRE gastos que se originen por la atención médica que el Asegurado reciba por enfermedades y/o accidentes estudios de diagnóstico, tratamientos médicos o quirúrgicos ni de sus complicaciones y secuelas, por los conceptos señalados a continuación:

- **Padecimientos preexistentes según se indica en el apartado de Definiciones, así como sus consecuencias y complicaciones, excepto lo específicamente mencionado en la Cobertura de preexistencia.**
- **Prematurez, malformaciones y padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la cobertura de esta póliza, excepto lo específicamente mencionado en la cobertura de padecimientos congénitos para nacidos fuera de la vigencia de la póliza.**
- **Estrabismo de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza, independientemente de sus causas u orígenes.**
- **Gastos por enfermedades aún cuando se trate de una urgencia médica, que hayan iniciado en el transcurso de los primeros 30 días de vigencia. Este lapso no tendrá lugar en caso de renovación.**
- **Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis que el Asegurado ya utilizaba en la fecha de contratación de esta póliza, sin importar la naturaleza o causas de su reposición.**
- **Cualquier enfermedad o accidente cuyo inicio se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.**

- **Acompañantes en la estancia del Asegurado como paciente en hospitales, ni aquellos que no formen parte de la unidad de traslado, al igual que los gastos que se deriven de gestiones administrativas por estas causas.**
- **Gastos de peluquería, barbería y pedicurista, así como la compra o renta de aparatos o servicios para la comodidad personal.**
- **Tratamientos estéticos y de calvicie.**
- **Tratamientos dietéticos médicos y/o quirúrgicos por obesidad, anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.**
- **Complementos y/o suplementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil; aún por prescripción médica en enfermedades o accidentes cubiertos, cualquiera que sea su causa.**
- **Curas de reposo, check ups, exámenes médicos o estudios de cualquier tipo que no estén directamente relacionados con el padecimiento que dio lugar a la reclamación.**
- **Gastos originados por complicaciones médicas o quirúrgicas de donadores de órganos.**
- **Estudios de compatibilidad y estado general de salud, entre otros, aplicados a posibles donadores para el Asegurado.**
- **Anteojos, lentes de contacto externos, prótesis auditivas y/o implantes auditivos y cocleares o auxiliares para mejorar la audición.**
- **La compra de zapatos, plantillas y alerones ortopédicos aunque sean médicamente necesarios.**
- **Tratamientos dentales, alveolares o gingivales no indispensables según lo contemplado en el apartado de Gastos a cargo de GNP.**
- **Tratamientos de infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual o disfunción eréctil, ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.**
- **Gastos derivados por tratamientos de miopía, presbiopía, hipermetropía, astigmatismo, queratocono.**
- **Cualquier tipo de estudios y/o tratamientos psicológicos, psiquiátricos o psíquicos, para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, trastornos de la conducta, del aprendizaje o lenguaje, enajenación mental,**

demencia, depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, independientemente de sus orígenes y/o consecuencias.

- **Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura, proporcionados por personas sin cédula profesional que los acredite como médicos legalmente autorizados para realizar dichos tratamientos.**
- **Tratamientos experimentales o de investigación.**
- **Tratamientos por enfermedades y/o accidentes originados a consecuencia del alcoholismo, toxicomanía y/o drogadicción**
- **Accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia inmediata de la disminución de sus capacidades físicas y/o mentales por consumo de drogas sin prescripción médica.**
- **Enfermedades y/o tratamientos resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental.**
- **Padecimientos resultantes de actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, ni aquéllos derivados de riñas en que el Asegurado haya participado directamente siempre y cuando sea el provocador.**
- **Padecimientos resultantes del servicio militar de cualquier clase, así como de la participación del Asegurado en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.**
- **Padecimientos resultantes de la práctica de box, box thai, lucha libre, Motonáutica y Automovilismo (fórmula I, II, III, V, Serie Cart, Rally, o cualquier otra categoría equivalente en riesgo) en cualquiera de sus modalidades, así como los padecimientos derivados de la práctica profesional de cualquier deporte.**
- **Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje en calidad de mecánico o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave, distinta a la de una línea aérea comercial.**

Gastos a cargo del Asegurado

Deducible

Aplicará en todos los casos para cada enfermedad o accidente cubierto con las condiciones vigentes en el Contrato, al momento de realizarse el primer gasto y una sola vez por enfermedad o accidente. Una vez rebasada esta cantidad, comienza la obligación de GNP.

En toda reclamación es necesario que el total de los gastos procedentes sea superior al deducible contratado, exceptuando complementos de enfermedades cubiertas.

Coaseguro

Aplicará para todos los gastos cubiertos por la póliza relacionados con la atención médica recibida por el Asegurado y después de descontado el deducible. Se aplicará para cada enfermedad o accidente cubierto por la póliza.

El monto máximo que el Asegurado pagará por concepto de coaseguro será:

- \$3,000 dólares para cualquier gasto cubierto en territorio nacional así como cirugías, tratamientos y servicios programados en GNP que se lleven a cabo en el extranjero.
- \$4,000 dólares cualquier gasto cubierto en el extranjero no programado.

Reducción de coaseguro por acceso a hospitales de menor nivel

Cuando el servicio se reciba en un hospital de por lo menos un nivel inferior al máximo que exista dentro de la ciudad donde se lleve a cabo la atención médica, se reducirán hasta 10 puntos de coaseguro sobre los gastos procedentes de la factura hospitalaria.

Eliminación de deducible y coaseguro por accidente

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto (de acuerdo al apartado de Definiciones) y dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado recibiera atención médica, GNP cubrirá el monto de los gastos procedentes previa comprobación, eliminando deducible y coaseguro contratados, siempre y cuando los gastos sean mayores a \$500 pesos. Este beneficio se conservará durante toda la vida de la reclamación.

Por otro lado, si después de los primeros 10 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado necesitara asistencia médica, GNP cubrirá el monto de las asistencias (previa comprobación), aplicando deducible y coaseguro contratados, este último dependiendo del lugar de la atención.

Cláusulas generales

Contrato

Mediante este Contrato, GNP se obliga en términos y condiciones del mismo, a pagar al Asegurado los gastos en que incurra con motivo de la atención médica requerida como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto.

Para todos los efectos legales, formarán parte de este Contrato:

Las declaraciones hechas por el Asegurado o sus representantes en la solicitud de seguro de gastos médicos, anexo de la solicitud de seguro de gastos médicos, el clausulado general y las Condiciones especiales de contratación, la póliza y sus versiones, los tabuladores de honorarios y cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

Modificaciones

Cualquier modificación al presente Contrato, será por escrito y previo acuerdo entre las partes. Estas modificaciones deberán constar por escrito y estar debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (Artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Por lo anterior, el agente o cualquier otra persona que no esté expresamente autorizada por GNP, NO podrá hacer modificaciones ni concesiones.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaran con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Notificaciones

Cualquier notificación relacionada con este Contrato deberá hacerse por escrito y en los domicilios señalados por las partes en este Contrato.

Altas de Asegurados

Los hijos de Asegurados que nazcan dentro de la vigencia de la póliza, quedarán cubiertos desde su nacimiento hasta la renovación, sin necesidad de pruebas médicas. Para ello, es requisito indispensable que GNP haya sido notificada dentro de los primeros 30 días naturales después del nacimiento y que la madre tenga al menos 10 meses continuos de cobertura en la póliza al momento de dar a luz. Si no se cumplen cualquiera de los dos requisitos anteriores, la aceptación estará sujeta a la aprobación por parte de GNP, una vez presentados la solicitud de seguro de gastos médicos y el anexo de la solicitud de seguro de gastos médicos del nuevo Asegurado.

Para esta cobertura, las condiciones de la reclamación se establecerán con base en el Contrato vigente 10 meses anteriores al nacimiento, siempre y cuando el plan anterior sea menor o igual al actual.

Si el Asegurado contrae nupcias dentro de la vigencia del Contrato, podrá incluir a su cónyuge presentando solicitud de seguro de gastos médicos y anexo de la solicitud de seguro de gastos médicos dentro de un plazo máximo de 30 días naturales después del matrimonio y previa autorización de parte de GNP.

Como parte de la notificación por escrito a GNP, se requerirá documentación comprobatoria, tal como acta de nacimiento y/o acta de matrimonio.

Para este caso, una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado, deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente.

Bajas de Asegurados

La notificación para dar de baja a algún(os) de (los) Asegurado(s) de la póliza deberá ser por escrito y firmado por Asegurado titular o Contratante.

Renovación Automática

Por esta cláusula GNP se obliga a:

- Otorgar al Asegurado la renovación de su contrato en forma automática en las condiciones que prevalezcan en la nueva vigencia.

En cada renovación la prima que deberá pagarse en términos de la cláusula respectiva, se aplicará de acuerdo a la edad y sexo del Asegurado. El incremento que se efectuará para cada renovación será el que corresponda conforme a los procedimientos y parámetros calculados con celebración homogénea, suficiente y confiable, establecidos en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Cancelación

Este Contrato será cancelado si el Asegurado titular y/o Contratante no paga la prima respectiva dentro del plazo señalado en el comprobante de pago.

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato dentro de los primeros 30 días de vigencia de la póliza, GNP devolverá el 100% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza.

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato después de los primeros 30 días de vigencia de la póliza, GNP devolverá el 60% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza.

En caso de que alguno de los Asegurados que forman parte de la póliza, incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisión, GNP podrá rescindir el Contrato en términos de lo previsto por el Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, devolviendo la prima no devengada correspondiente.

Prescripción

Todas las acciones derivadas de este Contrato de seguro prescriben a los 2 años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen (Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro), salvo las excepciones consignadas en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Moneda

Todas las obligaciones de pago de este Contrato serán pagaderas en Moneda Nacional.

Los gastos cubiertos que se originen en el extranjero, se reembolsarán de acuerdo al tipo de cambio, estipulado por el Banco de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación para la moneda y la fecha en la que el Asegurado haya recibido los servicios médicos.

Forma de pago

El Contratante podrá optar por el pago fraccionado de la prima: semestral, trimestral o mensual. A estos pagos parciales se les aplicará una tasa de financiamiento previamente pactada entre GNP y el Asegurado en la fecha de celebración del Contrato.

Plazo para el pago

La prima vence y podrá ser pagada en el momento de la celebración del Contrato. El plazo para el pago de la misma o la primera fracción de ella será según se establezca en el comprobante de pago.

Si las partes optan por el pago en forma fraccionada, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes, venciendo éstos a las doce horas del primer día de la vigencia del periodo que comprendan.

“Si no hubiere sido pagada la prima o la fracción de ella, en los casos de pagos en parcialidades, dentro del término convenido, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará el mayor previsto en el Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro”.

Por lo que, en caso de incumplimiento del pago en cualquiera de sus modalidades, el Contrato se resolverá de pleno derecho y sin necesidad de declaración judicial.

En caso de indemnización por causa de siniestro, GNP podrá deducir de ésta, el total de la prima pendiente de pago, hasta completar la prima correspondiente del periodo de seguro contratado.

Las primas convenidas deberán ser pagadas en el lugar establecido en el Contrato y a falta de convenio expreso, en las oficinas de GNP, contra la entrega del recibo correspondiente.

Indemnización por mora

En caso de que GNP, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, quedará obligada a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, un interés moratorio anual, de conformidad con lo establecido por lo dicho en el Artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Edad

Los límites de edad de aceptación para este Contrato son desde el nacimiento hasta los 64 años. En caso de renovación, el Asegurado podrá contar con protección vitalicia de acuerdo a lo estipulado en la Cláusula de renovación.

Si al momento de celebrar este Contrato el Asegurado presenta pruebas fehacientes de su edad, la compañía no podrá exigirle con posterioridad nuevas pruebas.

Si por su edad algún Asegurado queda fuera de los límites fijados por este Contrato, GNP podrá rescindir los beneficios de esta póliza para este Asegurado. GNP devolverá al Contratante el 60% de la prima de ese Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza, sin incluir el derecho de póliza. GNP ejercerá esta acción al momento de conocer el hecho.

Si el Asegurado hubiese pagado una prima mayor a la de su edad real, GNP devolverá al Contratante el 60% de la prima que hubiese pagado en exceso calculada a partir de la fecha en la que GNP tenga conocimiento. El nuevo monto de la prima se fijará de acuerdo a la edad real del Asegurado.

Si el Asegurado hubiese pagado una prima inferior a la de su edad real, GNP solamente estará obligada a pagar los gastos cubiertos en la proporción existente entre la prima estipulada y la prima de tarifa que corresponda a su edad real. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de celebración del Contrato. (Artículo 161 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Ocupación

Si el Asegurado cambia a una ocupación de mayor riesgo, deberá avisar por escrito a GNP. Ésta se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone por dicha ocupación. Si GNP acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, o bien, excluirá las enfermedades o accidentes derivados de la nueva ocupación.

Si el Asegurado no avisa por escrito a GNP, ésta no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive del nuevo riesgo.

Residencia

Para efectos de este Contrato solamente estarán protegidos por este seguro los Asegurados que vivan permanentemente en la República Mexicana. El Contratante y/o Asegurado tienen la obligación de notificar a GNP el lugar de residencia de sus dependientes económicos cuando éstos no vivan en el mismo domicilio del titular.

Si el Asegurado permanece en el extranjero por más de tres meses y hasta un máximo de 12 meses continuos, deberá informar previamente a GNP y pagar una prima adicional. Si el Asegurado no cumple con esta disposición o excede el término mencionado, cesarán automáticamente los efectos de este Contrato.

GNP podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la residencia o el tiempo de estancia en el extranjero al momento de la solicitud de servicios para atención fuera del territorio nacional.

Omisiones o inexactas declaraciones

Por ser la base para la apreciación del riesgo a contratar, es obligación del Asegurado o representante de éste, declarar por escrito en los formularios previamente elaborados por GNP, todos los hechos importantes que conozca o deba conocer al momento de la celebración del Contrato.

En caso de omisión o falsa declaración del Asegurado y/o representante de éste, al momento de anotar las declaraciones en la solicitud de seguro de gastos médicos y anexo de la solicitud de seguro de gastos médicos respectivo, GNP podrá rescindir el Contrato de pleno derecho en los términos de lo previsto en el Artículo 47 en relación con el 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Suma asegurada

La Suma asegurada aplicará en forma independiente para cada cobertura contratada, así como padecimiento y/o accidente con sus secuelas y complicaciones.

Pago de indemnizaciones

Una vez recibidos todos los documentos, datos e informes que permitan a GNP dictaminar si procede una indemnización, GNP le pagará al Asegurado titular o a la persona designada por éste en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la fecha de recepción de documentos.

GNP no pagará gasto alguno a instituciones de caridad, beneficencia o asistencia social que no exijan remuneración por sus servicios; ni a establecimientos que no expidan recibos con todos los requisitos fiscales.

GNP sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras independientes titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado y se pueda corroborar en el expediente clínico con la nota y firma respectiva.

De igual manera, GNP sólo pagará los gastos de hospitalización en sanatorios, clínicas u hospitales debidamente autorizados por las autoridades correspondientes. El cálculo de los honorarios para el equipo quirúrgico será de la siguiente manera:

Cirujano	La cantidad que aparece en el tabulador para este concepto
Anestesiólogo	30% de lo tabulado para el cirujano
Primer Ayudante	20% de lo tabulado para el cirujano
Segundo Ayudante	La cantidad que aparece en el tabulador para este concepto

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más operaciones en una misma región anatómica, GNP únicamente pagará el importe de la mayor, o una de ellas cuando las cantidades estipuladas sean iguales.

Si el cirujano efectúa otra intervención diferente a la principal en una región anatómica distinta en una misma sesión quirúrgica, los honorarios de la segunda intervención se pagarán al 50% de lo estipulado en la Tabla de Honorarios Médicos. Cualquier otra intervención adicional no quedará cubierta.

Si en una misma sesión quirúrgica se requiere de un cirujano de diferente especialidad, se sumará un 25% adicional a lo tabulado para la cirugía principal. El monto resultante se repartirá equitativamente entre ambos equipos quirúrgicos, a excepción de los honorarios médicos del anestesiólogo que serán cubiertos hasta un máximo del 32% de lo tabulado originalmente para la cirugía principal.

Si un cirujano de diferente especialidad realiza otra intervención quirúrgica diferente a la principal en una región anatómica distinta, los honorarios del segundo cirujano se cubrirán al 100% de lo estipulado en la Tabla de Honorarios Médicos. Cualquier otra intervención no quedará cubierta.

Cuando sea necesaria la reconstrucción quirúrgica de varios elementos (neurrorrafias, arteriorrafias, tenorrafias) en la misma sesión y por la misma incisión, se pagará el 50% del importe tabulado para la más elevada y el 25% del monto tabulado para las restantes.

Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten 2 padecimientos, de los cuales uno esté cubierto y el otro no, se pagará la reclamación de la siguiente manera:

- Honorarios médicos: de acuerdo a lo estipulado para el padecimiento cubierto, en la Tabla de Honorarios Médicos.
- Anestesiólogo, ayudante, etc.: de acuerdo a las políticas y porcentajes establecidos en la Tabla de Honorarios Médicos para padecimientos cubiertos.
- Hospital: se pagará el 60% de la factura total.

Para intervenciones cardiovasculares, que requieran bomba extracorpórea, el cálculo de los honorarios para el equipo quirúrgico, será de la siguiente manera:

Cirujano	La cantidad que aparece en el tabulador para este concepto
Anestesiólogo	30% de lo tabulado para el cirujano
Ayudantía	30% de lo tabulado para el cirujano
Cardiólogo intensivista	14% de lo tabulado para el cirujano
Técnico de bomba extracorpórea	10% de lo tabulado para el cirujano
Instrumentista	4% de lo tabulado para el cirujano

En aquéllos procedimientos en que sea necesario practicar la misma cirugía en ambos lados del cuerpo, siempre y cuando no esté especificado en la Tabla de Honorarios Médicos que se trata de un procedimiento bilateral, se cubrirán los honorarios médicos calculando un 50% más sobre lo tabulado.

Los honorarios médicos de los procedimientos realizados por vía endoscópica serán calculados con un 10% más de lo tabulado para la vía convencional, siempre y cuando no se especifique en la Tabla de Honorarios Médicos que se trata de un procedimiento endoscópico.

Periodo de beneficio

Si la póliza se renueva anualmente y sin interrupción alguna, se continuarán pagando los gastos por cada enfermedad y/o accidente sin que se aplique un periodo máximo de cobertura para estos pagos, conservando las condiciones del plan vigente en el momento del primer gasto o fecha de inicio de signos o síntomas por atención de la enfermedad y/o accidente.

Para poder acceder a este beneficio la póliza deberá ser renovada en el mismo plan o en un plan con mayores beneficios en lo que a deducible, coaseguro, suma asegurada, tabuladores y hospitales se refiere.

Si cambia a un plan menor se le pagará con las condiciones de: cobertura básica, suma asegurada y tabulador menor y deducible y coaseguro (incluyendo el tope) mayor de ambos planes.

Si el Asegurado cancela o no hace la renovación anual, se cubrirán los gastos efectuados de reclamaciones provenientes de siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza, durante los siguientes 30 días naturales posteriores a la fecha de conclusión de su vigencia.

Otros seguros

Si al momento de la reclamación las coberturas otorgadas en esta póliza estuvieran amparadas total o parcialmente por otros seguros, en ésta u otras aseguradoras, el Asegurado no podrá recibir más del 100% de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios. Es obligación del Asegurado presentar a GNP fotocopia de pagos, comprobantes y finiquito que le haya(n) expedido otra(s) aseguradora(s) con relación al evento del cual solicite la indemnización.

Comisiones

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Competencia

En caso de controversia, el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario podrán hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros o conforme a la Cláusula de Arbitraje de las Condiciones Generales de la Póliza.

En caso de que el reclamante opte por demandar, podrá acudir ante los Tribunales competentes de la Jurisdicción que corresponda a cualquiera de los domicilios de las Delegaciones Regionales de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Arbitraje

En caso de ser notificado de la improcedencia de su reclamación como consecuencia de una enfermedad preexistente por parte de la institución de seguros, el reclamante podrá optar por acudir ante una persona física o moral que sea designada por las partes de común acuerdo, a un arbitraje privado.

GNP acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento del mismo, el cual vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir su controversia.

El procedimiento de arbitraje estará establecido por la persona asignada por las partes de común acuerdo, quienes firmarán un convenio arbitral. El laudo que emita el árbitro vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por GNP.

Subrogación

De conformidad con el artículo 152 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la empresa aseguradora que pague la indemnización, se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. La empresa podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del Asegurado. Si el daño fue indemnizado solo en parte, el Asegurado y GNP concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

Límite de responsabilidad de GNP

En los términos de esta póliza, queda entendido que el Asegurado y/o Beneficiario al elegir voluntariamente, el hospital, los médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto, brindar servicios para la recuperación de su salud, asume que la relación que establece el Asegurado y/o Beneficiario y cualquiera de los prestadores de servicios mencionados anteriormente, tiene carácter estrictamente personal, por lo que el vínculo contractual derivado de esa elección voluntaria se establece únicamente, entre tales prestadores de servicios, hospitales y médicos con el Asegurado y/o Beneficiario, por lo que Grupo Nacional Provincial, S.A. no es responsable de manera alguna por cualquier responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otro tipo, el contenido de esta cláusula aplica a todos los conceptos y servicios derivados de esta póliza, incluyendo cualquier beneficio adicional contratado.

Principio y fin de vigencia

La vigencia de esta póliza principia y termina en la fecha y hora indicada en la carátula de la misma, salvo que exista una nueva versión de dicha póliza.

Versión de la Póliza

Las modificaciones que se hagan al presente contrato, con posterioridad a la fecha de inicio de su vigencia, constarán en versiones subsecuentes, conservándose el mismo número de Póliza y adicionando a ésta el número de versión consecutivo que corresponda.

Los cambios que se hagan al contrato, y que se constaten en cada nueva versión, surtirán efectos legales en términos de lo establecido por los Artículos 25 y 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, quedando sin efectos legales todas las versiones anteriores que obren en poder del Contratante, salvo las estipulaciones que no hayan sido modificadas, las cuales serán reproducidas en su totalidad en la nueva versión, no aplicando para ellas lo establecido en los preceptos legales que se indican en esta cláusula.

La vigencia de este contrato es la que se indica en la póliza, la cual, a petición del contratante o Asegurado titular, y previa aceptación de GNP, podrá renovarse o prorrogarse mediante la expedición de la versión subsecuente de la misma, de acuerdo con lo indicado en el párrafo anterior. En dicha versión constarán los términos y la vigencia de la renovación o prórroga.

Beneficios adicionales a la cobertura básica

Membresía Médica Móvil

Objeto de la Cobertura

El objeto de esta cobertura es otorgar al Asegurado, a través de Médica Móvil, los servicios que más adelante se detallan.

Cobertura

En caso de estar descrita como amparada en el Certificado de cobertura por Asegurado, el Asegurado podrá tener acceso a los servicios de Médica Móvil en las ciudades donde se brinde el servicio.

Las coberturas amparadas son:

- **Orientación Médica Telefónica (a nivel nacional).**
Se proporciona en situaciones simples, en las que la atención telefónica es suficiente para orientar al Asegurado sobre padecimientos que pueden ser atendidos por este medio.
- **Atención Médica Extrahospitalaria de Urgencia (con o sin traslado a un centro hospitalario).**
Se proporcionará por médicos especialistas a bordo de una unidad médica móvil. Su objetivo es la atención y estabilización del Asegurado en el lugar donde ocurra la urgencia médica, o bien, el traslado a un centro hospitalario para ser atendido. El Asegurado y/o sus Beneficiarios deberán indicar a Médica Móvil a qué hospital quiere ser trasladado.
- **Consulta Médica Domiciliaria.**
Se proporcionará atención médica en el domicilio del Asegurado para atender padecimientos no urgentes que requieran la presencia física de un médico.

El Asegurado podrá solicitar estas coberturas en las ciudades donde Médica Móvil ofrece sus servicios: D.F. y su Zona Metropolitana, Guadalajara y Monterrey, dentro de los límites geográficos estipulados en sus mapas de localización referidos en el Contrato.

Son aplicables todos los términos, condiciones generales y exclusiones generales de la cobertura básica.

Deducible y/o Coaseguro

El deducible a aplicar por evento será el que se consigna en el Certificado de cobertura por Asegurado para este beneficio.

Esta cobertura opera sin la aplicación de Coaseguro.

Exclusiones adicionales a la cobertura básica

No se brindará el servicio de Médica Móvil en los siguientes casos:

- **Pacientes que se encuentren en condiciones de psiquiátrico-agresivo, infecto-contagioso, ebrio o drogado-agresivo.**
- **Cuando el Asegurado que requiera el servicio, se encuentre fuera de la zona geográfica que se indica en el mapa de localización de Médica Móvil.**

Emergencia Médica en el Extranjero

Objeto de la Cobertura

El objeto de esta cobertura es amparar los servicios médicos que requiera el Asegurado a consecuencia de una urgencia y/o emergencia médica cuando éste se encuentre en territorio extranjero.

Cobertura

En caso de estar descrita como amparada en el Certificado de cobertura por Asegurado y si el Asegurado se encuentra en territorio extranjero y a consecuencia de una urgencia y/o emergencia médica se viera precisado a someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, hospitalización o hacer uso de ambulancia aérea o terrestre, según corresponda; servicios de enfermería, medicinas o estudios de laboratorio, GNP se hará cargo de los gastos procedentes que sean erogados dentro de la vigencia de la póliza por causa de dicha emergencia.

Edad

Las edades de aceptación para esta cobertura son a partir de los 31 días de nacido y hasta los 64 años de edad.

Deducible y/o Coaseguro

El deducible a aplicar por evento será el que esté descrito en el Certificado de cobertura por Asegurado, denominado en dólares pagadero al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación correspondiente a la fecha en la que el Asegurado haya recibido los servicios médicos.

Esta cobertura opera sin la aplicación de Coaseguro.

Límite máximo de responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad por evento a cargo de GNP será la Suma Asegurada denominada en dólares que esté descrita en el Certificado de cobertura por Asegurado, pagadera al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación correspondiente a la fecha en la que el Asegurado haya recibido los servicios médicos.

Para el pago de la reclamación, GNP siempre aplicará el tabulador UCR (Usual, Customary & Reasonable) de uso común, acostumbrado y razonable del país donde se atiende la urgencia y/o emergencia médica.

Se considerarán terminados los beneficios de esta cobertura, una vez que se establezca y controle la condición de emergencia y/o urgencia médica del Asegurado, al expedirse el alta del servicio de urgencias o de hospitalización únicamente por la causa que da origen o hasta que se agote la Suma Asegurada, lo que ocurra primero.

Exclusiones adicionales a la cobertura básica

Esta cobertura no aplicará en caso de:

- **Complicaciones por enfermedades preexistentes sin importar su origen fecha de inicio de signos y síntomas.**
- **Parto o cesárea, cualquiera que sea su causa o complicación.**
- **Servicios de enfermería fuera del hospital.**
- **Tratamientos de rehabilitación.**
- **Estudios o cirugías previamente programadas. Ni estudios e intervenciones quirúrgicas programadas a partir de dos días después de la urgencia médica, exceptuando las que sean consecuencia directa de la misma y cuya omisión ponga en peligro la vida del Asegurado.**
- **No se pagarán gastos originados por accidentes y/o enfermedades ocurridos en la República Mexicana o en otro país diferente a donde fue atendida la urgencia médica originalmente, sus consecuencias o complicaciones sean éstas o no el motivo de la estancia o del viaje.**

Salud Familiar

Objeto de la Cobertura

El objeto de esta cobertura es exentar del pago de la prima respectiva durante cinco años al resto de los Asegurados vigentes en la póliza en caso de fallecimiento o invalidez total y permanente del Asegurado Titular.

Cobertura

De estar descrita como amparada en el Certificado de cobertura por Asegurado y, si el Asegurado Titular se invalida total y permanentemente antes de cumplir 65 años de edad o falleciere a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto, GNP eximirá, durante los cinco años siguientes a la realización del evento, del pago de la prima de renovación correspondiente al resto de los Asegurados vigentes en la póliza al momento de ocurrir el siniestro, en las mismas condiciones de contratación de la misma.

Son aplicables todos los términos, condiciones generales y exclusiones generales de la cobertura básica.

Deducible y/o Coaseguro

Esta cobertura opera sin la aplicación de Deducible ni Coaseguro.

Límite máximo de responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad a cargo de GNP será el monto de la prima de renovación incluyendo impuestos y derechos que correspondan, del resto de los Asegurados vigentes en la póliza al momento de ocurrir el siniestro, en las mismas condiciones de contratación de la misma, durante cinco años a partir de la fecha de realización del evento.

Exclusiones adicionales a la cobertura básica

Adicionalmente a las exclusiones de la cobertura básica, esta cobertura no cubre el pago de las primas de las personas, no incluidas en la póliza al momento de ocurrir el siniestro.

Respaldo por Fallecimiento

Objeto de la Cobertura

El objeto de esta cobertura es ayudar a los Beneficiarios a solventar los gastos inherentes al fallecimiento del Asegurado mediante el pago de la Suma Asegurada contratada.

Cobertura

De estar descrita como amparada en el Certificado de cobertura por Asegurado y en caso de que el Asegurado falleciere a causa de una enfermedad o accidente cubierto, GNP se obliga a pagar al Beneficiario designado por el Asegurado, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Son aplicables todos los términos, condiciones generales y exclusiones generales de la cobertura básica.

Edad

La edad de aceptación para la contratación de esta cobertura es de 12 a 64 años de edad.

Deducible y/o Coaseguro

Esta cobertura opera sin la aplicación de Deducible ni Coaseguro.

Límite máximo de responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad por parte de GNP corresponderá al monto de Suma Asegurada que está descrita en el Certificado de cobertura por Asegurado para esta cobertura.

Beneficiarios

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, siempre que mantenga el interés asegurable. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a GNP, indicando el nombre del nuevo Beneficiario. GNP informará al Asegurado de este cambio a través de la versión correspondiente. GNP pagará al último Beneficiario del que tenga conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en esta cobertura.

En caso de que hubiere varios Beneficiarios, el pago correspondiente se hará de acuerdo a la distribución elegida por el Asegurado en la solicitud, en su defecto, a falta de distribución la indemnización se realizará en forma proporcional entre los Beneficiarios designados.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de Beneficiario, haciendo una designación irrevocable, siempre que esa designación se realice por escrito al Beneficiario y a GNP y conste en la presente póliza, como lo previene el artículo 165 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno de ellos, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los Beneficiarios restantes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya Beneficiarios designados, este beneficio se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario o en caso de que se haya designado Beneficiario irrevocable, en caso de que sólo se hubiere designado un Beneficiario y éste y el Asegurado fallezcan simultáneamente, o cuando el Beneficiario designado muera antes que el Asegurado y no existiere designación de nuevo Beneficiario.

El Asegurado debe designar Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación del Beneficiario atribuye a la persona que en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este contrato y los entregue a otras.

Advertencias: El Asegurado en el caso que desee nombrar Beneficiarios menores de edad, no debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior, porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer del beneficio por fallecimiento.

Para la contratación de esta cobertura será necesario llenar una solicitud y someterse al proceso de selección.

Exclusiones adicionales a la cobertura básica

Adicionalmente a lo estipulado en las exclusiones generales de esta póliza, esta cobertura no ampara:

- **Suicidio.**
- **Homicidio, cuando resulte de la participación directa del Asegurado en actos delictivos intencionales.**

Respaldo Hospitalario

Objeto de la Cobertura

El objeto de esta cobertura es ayudar al Asegurado con el pago de una indemnización diaria en caso de que requiera estar hospitalizado a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto.

Cobertura

De estar descrita como amparada en el Certificado de cobertura por Asegurado y si el Asegurado, a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto, requiere estar hospitalizado por más de 24 horas, GNP pagará al Asegurado y/o sus Beneficiarios la Suma Asegurada contratada para esta cobertura por cada día de hospitalización conforme a las siguientes bases:

- **Indemnización Diaria por Hospitalización**
GNP pagará al Asegurado y/o a sus Beneficiarios la Suma Asegurada diaria contratada, en caso de que el Asegurado tenga que ser hospitalizado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto.
- **Doble Indemnización por Terapia Intensiva**
GNP pagará al Asegurado y/o a sus Beneficiarios la Suma Asegurada diaria contratada, en caso de que el Asegurado tenga que permanecer en la Unidad de Cuidados Intensivos a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto.

Este beneficio será adicional e independiente a la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización.

Son aplicables todos los términos, condiciones generales y exclusiones generales de la cobertura básica.

Deducible y/o Coaseguro

Esta cobertura opera sin la aplicación de Deducible ni Coaseguro.

Límite máximo de responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad a cargo de GNP será el monto de la Suma Asegurada diaria contratada hasta por 360 días.

La Indemnización Diaria contratada para esta cobertura será efectiva exclusivamente para los accidentes y/o enfermedades que ocurran dentro del periodo de vigencia respectivo y que sean procedentes dentro de la cobertura básica.

Exclusiones adicionales a la cobertura básica

Adicionalmente a lo estipulado en las exclusiones generales de esta póliza, esta cobertura no ampara:

- **Parto y aborto, cualquiera que sea su causa y/o complicaciones.**

Acceso a las Clínicas Médica Integral GNP

Objeto de la Cobertura

El objeto de esta cobertura es el acceso del Asegurado a la red de clínicas Médica Integral GNP y otorgarle descuentos en diferentes servicios de salud.

Cobertura

En caso de estar descrita como amparada en el Certificado de cobertura por Asegurado, el Asegurado podrá tener acceso a las Clínicas Médica Integral GNP, recibiendo los descuentos o precios especiales vigentes para cada uno de los servicios que ofrezca la clínica, tales como:

- Laboratorio, rayos X, ultrasonido, fisioterapia.
- Óptica y farmacia.
- Consultas con médicos especialistas.
- Consultas de tratamiento dental.
- Check-up anual por Asegurado a precios preferenciales.

Para recibir los servicios antes mencionados, el Asegurado deberá llamar a Asistencia Médica Integral, donde le indicarán el procedimiento a seguir.

El servicio se otorgará a partir del quinto día de haber contratado la cobertura.

Asistencia en Viajes

Objeto de la Cobertura

El objeto de esta cobertura es resarcir al Asegurado de los gastos en que incurra con motivo de una Enfermedad y/o Accidente cubierto mientras se encuentra de Viaje.

Coberturas

En caso de estar descrita como amparada en el Certificado de cobertura por Asegurado y, si el Asegurado sufre un accidente o enfermedad cubierto, mientras se encuentre de viaje, se cubrirá:

Repatriación de Restos del Asegurado con motivo de su fallecimiento

Si el Asegurado falleciere estando de viaje, GNP realizará todas las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal) y se hará cargo de los gastos inherentes a la repatriación de sus restos mortuorios al sitio de inhumación o incineración, indicado por el Beneficiario, en el Lugar de Residencia del Asegurado.

Si el beneficiario decide que los restos mortuorios del Asegurado sean inhumados o cremados en el lugar donde se haya producido el deceso, GNP se hará cargo de los gastos que resulten de dicha inhumación o cremación.

En caso de que el Beneficiario decida incinerar los restos del Asegurado en el lugar del deceso, GNP se hará cargo de los gastos con motivo del transporte en viaje redondo de un familiar, con origen en el Lugar de Residencia del Asegurado y destino en el lugar del deceso del Asegurado.

Límite máximo de responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad a cargo de GNP será el monto de los gastos de transporte de los restos mortuorios del Asegurado, así como los gastos legales en que se incurra por motivo del trámite o gestión

correspondiente, considerando como tales: honorarios por la gestión e impuestos según aplique la legislación de la ciudad y/o país donde ocurra el deceso.

En caso de que la inhumación se realice en el lugar del deceso del Asegurado, el límite máximo de responsabilidad a cargo de GNP será el equivalente al costo que tendría la repatriación de los restos mortuorios tal como se describe en el párrafo anterior.

Para el caso del transporte del familiar por incineración del Asegurado, el límite máximo de responsabilidad por evento a cargo de GNP será el importe de un boleto de viaje redondo en clase turista o económica en el medio de transporte disponible.

Traslado del Asegurado a su Lugar de Residencia post hospitalización

Si el Asegurado se encuentra de viaje y su condición de salud no le permitiere regresar a su Lugar de Residencia por los medios inicialmente previstos, según prescripción del médico tratante en conjunto con el equipo médico designado por GNP, los gastos inherentes al traslado del Asegurado, en avión de línea comercial, al Lugar de Residencia del mismo correrán a cargo de GNP.

Límite máximo de responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad a cargo de GNP será el monto de los gastos del transporte en avión de línea comercial hasta el Lugar de Residencia del Asegurado.

Esta cobertura operará hasta por dos eventos durante la vigencia de la póliza.

Traslado médico del Asegurado

Si el Asegurado esta de viaje y en caso de una urgencia y/o emergencia médica requiere trasladarse a un centro hospitalario, GNP se hará cargo de los gastos inherentes al traslado con cuidados médicos, al centro hospitalario más cercano que cuente con la infraestructura médica hospitalaria para su atención.

Límite máximo de responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad a cargo de GNP será el monto de los gastos inherentes al traslado, con cuidados médicos, al centro hospitalario más cercano que cuente con la infraestructura médica hospitalaria para su atención.

Esta cobertura operará hasta por dos eventos durante la vigencia de la póliza.

Boleto viaje redondo y ayuda para hospedaje por hospitalización para un familiar

Si estando de viaje y a consecuencia de una urgencia y/o emergencia médica el Asegurado requiere estar hospitalizado por más de cinco días, GNP se hará cargo del transporte en viaje redondo de un familiar designado por el Asegurado, con origen en el Lugar de Residencia del Asegurado y destino en el lugar donde éste se encuentre hospitalizado.

Asimismo, GNP gestionará y se hará cargo de los gastos de hospedaje del familiar designado hasta por un monto equivalente a \$200 dólares americanos por noche hasta por cinco noches, o a solicitud expresa del familiar designado, y en caso de que el centro hospitalario donde se encuentre hospitalizado el Asegurado lo permita, GNP gestionará y se hará cargo de los gastos de estancia del familiar designado en el mismo cuarto del hospital en una cama extra hasta por un monto equivalente a \$200 dólares americanos por noche hasta por cinco noches.

Límite máximo de responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad por evento a cargo de GNP será el importe de un boleto de viaje redondo en clase turista o económica en el medio de transporte disponible.

Para el caso de la ayuda para hospedaje, el límite máximo de responsabilidad por evento será el equivalente a \$200 dólares americanos por noche hasta por cinco noches al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación correspondiente a la fecha en que se realice el pago.

Si el familiar designado opta por hospedarse en el centro hospitalario, el límite máximo de responsabilidad a cargo de GNP será el equivalente a \$200 dólares americanos por noche hasta por cinco noches al tipo de

cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación correspondiente a la fecha en que se realice el pago.

Esta cobertura operará hasta por dos eventos durante la vigencia de la póliza.

Ayuda para hospedaje por convalecencia

Si el Asegurado, por no encontrarse en condiciones de viajar después de haber estado hospitalizado y según prescripción del médico tratante en conjunto con el equipo médico de GNP, requiere hospedarse en la ciudad en la que estuvo hospitalizado, para convalecer, GNP gestionará y se hará cargo de los gastos de hospedaje del Asegurado hasta por un monto equivalente a \$200 dólares americanos por noche hasta por cinco noches.

Límite máximo de responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad por evento a cargo de GNP será el equivalente a \$200 dólares americanos por noche hasta por cinco noches al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación correspondiente a la fecha en que se realice el pago.

Esta cobertura operará hasta por dos eventos durante la vigencia de la póliza.

Adicionalmente GNP brindará los siguientes servicios:

Información para Viajes

El Asegurado podrá tener información referente a:

Visas, vacunas y demás requerimientos para viajar a países extranjeros de acuerdo con la edición más actualizada del TIM (Travel Information Manual), publicación conjunta de catorce aerolíneas miembros de la IATA (Internacional Air Transport Association).

Teléfonos, direcciones y horarios de servicio de las Embajadas y Consulados Mexicanos en todo el mundo.

Límite máximo de responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad a cargo de GNP será simplemente la comunicación de los datos requeridos, enunciando el manual TIM, procurando mantener la información más actualizada.

Infocard

En caso de que el Asegurado sufra un robo o pérdida de documentos mientras se encuentra de viaje, GNP podrá proporcionar al Asegurado la información relativa a su número de pasaporte, número de póliza, número de tarjetas de crédito, número de credencial de elector y demás que corresponda así como realizar el enlace con los servicios de emergencia de la Compañía de seguros y/o instituciones bancarias correspondientes.

Para que esta cobertura surta efecto, el Asegurado deberá registrar su información de acuerdo con el procedimiento indicado en la guía entregada por GNP.

Límite máximo de responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad a cargo de GNP será únicamente la comunicación de la información que haya registrado el Asegurado así como el enlace telefónico con las instituciones de seguros o bancarias correspondientes.

Conserjería Nacional y Mundial

GNP podrá proporcionar información y realizar la gestión de compra y/o reservación de los siguientes eventos:

- Boletos de cualquier medio de transporte como: aviones, autos, trenes, cruceros o helicópteros.
- Hoteles en las principales ciudades del mundo.
- Restaurantes, eventos culturales o deportivos, teatros, conciertos en las principales ciudades del mundo.
- Asistencia en la compra y entrega de regalos, arreglos florales y enseres varios en las principales ciudades del mundo.
- Estado del tiempo en la República Mexicana.

- Referencia de mudanzas, laboratorios para estudios y análisis clínicos, funerarias, aeropuertos y centrales camioneras.

Límite máximo de responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad a cargo de GNP será únicamente la comunicación de la información y la gestión y/o reservación de compra del servicio solicitado.

Todos los gastos generados de los servicios antes mencionados serán a cargo del Asegurado.

GNP no tendrá ninguna responsabilidad con respecto al servicio recibido por parte de las compañías referidas.

Son aplicables todos los términos, condiciones generales y exclusiones generales de la cobertura básica.

Será requisito indispensable para que esta cobertura surta efecto, que el Asegurado realice la solicitud del servicio requerido a GNP.

Exclusiones adicionales a la cobertura básica

Adicionalmente a las exclusiones generales, no se cubren los viajes que haga el Asegurado con motivo de una programación de cirugía, hospitalización y/o tratamiento médico. Esta exclusión no aplica para la cobertura de Repatriación de Restos del Asegurado con motivo de su fallecimiento.

¿Qué hacer en caso de reclamación?

Introducción

Usted cuenta ahora con la protección del mejor Seguro de Gastos Médicos de Grupo Nacional Provincial. Queremos que obtenga el máximo beneficio de su póliza y que nos dé la oportunidad de servirle con calidad y eficiencia. Para ello, le pedimos que tome en cuenta lo siguiente:

- **LEA** cuidadosamente la sección de condiciones de su póliza. Recuerde que en todo Seguro de Gastos Médicos, algunos padecimientos **NO** están cubiertos y otros **REQUIEREN** de un Periodo de Espera. Cerciérese de saber cuáles son unos y otros. Conozca los términos de deducible y coaseguro de su póliza. Conocer esta información le evitará confusiones y agilizará los trámites que requiera efectuar.
- **LLEVE** siempre consigo la **Tarjeta Línea Azul** que le entregamos con su póliza. Esta tarjeta, acompañada de una identificación oficial con fotografía, le permitirá ingresar a los hospitales en convenio, más fácil y rápidamente, le sugerimos verificar en el hospital al que usted vaya a acudir si es que le solicitan depósito y el monto de éste. Al llegar al Departamento de Admisión, proporcione todos los datos que le soliciten. Recuerde que su Tarjeta Línea Azul le ofrece atractivos descuentos con todos los proveedores de **Asistencia Línea Azul**.
- **IDENTIFÍQUESE** con el médico como Asegurado con su **Tarjeta Línea Azul** al momento de ir a consulta.
- **ASEGÚRESE** que la prima correspondiente a su seguro haya sido pagada. De no ser así, sus gastos por atención médica no serán cubiertos por el seguro. Si no ha pagado la prima de su póliza, su reclamación deberá de tramitarla por el Sistema de Reembolso.
- **COMUNÍQUESE** a los siguientes teléfonos y Asistencia Línea Azul le proporcionará toda la información que usted requiera.

5227 3333
01 800 001 9200
1 800 807 5697

Ciudad de México
Sin costo Nacional
Sin costo Internacional

Al elegir libremente el hospital y médico(s) que le atiendan, usted establece una relación contractual con ellos. El hospital y el(los) médico(s) serán los únicos responsables ante usted por la atención médica que le proporcionen.

Grupo Nacional Provincial no tendrá responsabilidad profesional ni legal derivada de esta relación.

Programación de cirugías y tratamientos médicos

Si usted y su médico programan una Cirugía o Tratamiento (incluyendo Cirugías Ambulatorias con estancia menor a 24 horas en el hospital), obtiene grandes beneficios como:

- Conocer con anticipación si su tratamiento está o no cubierto.
- Tope de coaseguro de \$3,000 dólares.
- No desembolsar cantidad alguna de los gastos procedentes, ya que su seguro paga directamente al hospital en convenio y a los especialistas del Círculo Médico, en caso de que su médico no pertenezca al Círculo Médico contratado, se autorizará el tabulador de Honorarios Médicos correspondiente al Círculo.

Solamente quedarán a su cargo el deducible y coaseguro de acuerdo a las políticas de aplicación de los mismos, así como gastos personales.

Llame a Asistencia Línea Azul, donde le informarán sobre especialistas del Círculo Médico y de los hospitales en convenio que usted eligió o consúltelos en internet en www.gnp.com.mx

Territorio nacional

1. Requisitos para Programar su Cirugía y/o Tratamiento médico.

- a) El médico que le atienda deberá llenar el **Informe Médico** en el formato que se anexa al final. En caso de que en la cirugía intervengan dos o más médicos, deberá entregar un Informe Médico por cada uno de ellos.
- b) Usted deberá llenar el **Aviso de Accidente o Enfermedad de Programación de Cirugía** en el formato que se anexa al final.
- c) Presentar estudios preoperatorios, de laboratorio o gabinete y su interpretación.
- d) Proporcionar nombres de los integrantes del equipo médico o quirúrgico, el Registro Federal de Contribuyentes de cada uno de ellos y los teléfonos, radio o teléfono celular donde puedan ser localizados.
- e) Presentar presupuesto desglosado por cada integrante del equipo médico o quirúrgico.
- f) Indicar claramente el número de sesiones de que consta el tratamiento médico o quirúrgico.
- g) Recuerde que la programación procede únicamente si el monto total del tratamiento o cirugía es mayor al deducible de su póliza.

2. Entregue la documentación, **al menos CINCO DÍAS HÁBILES antes de su Cirugía** en el Departamento de Servicios de Programación de Cirugías y Tratamientos médicos de la Oficina Matriz de Grupo Nacional Provincial (Av. Cerro de las Torres 395, Col. Campestre Churubusco, 04200, México, D.F.), de la Oficina de Servicio, del Centro Regional que le corresponda o de los Centros de Atención a Asegurados ubicados en los principales hospitales.

3. Al recibir su documentación le entregarán un número de folio y un comprobante donde se le informa cuándo le entregarán la respuesta a su solicitud.

4. Si el médico que eligió no pertenece al Círculo Médico, usted deberá pagarle directamente los honorarios médicos. Éstos serán reembolsados por Grupo Nacional Provincial de acuerdo a las condiciones y límites de la póliza que contrató.

5. Si su solicitud es aprobada, le entregaremos su Carta Pase **CINCO DÍAS HÁBILES** después de haber recibido su documentación. Esta Carta Pase asegura exclusivamente el pago de los servicios solicitados. En caso de que su reclamación no llegue a proceder, le entregaremos una carta aclarando el motivo de la no procedencia.

6. Entregue la Carta Pase en el hospital el día que ingrese y siga este procedimiento:

- Original para el Departamento de Admisión.
- Una copia para su médico o Caja de Médicos.
- Conserve una copia para usted.

Si la cirugía no requiere hospitalización, entregue el original al médico tratante.

De esta manera, nosotros cubrimos los gastos por usted.

7. Le recomendamos programar su cirugía con anticipación, ya que en ocasiones los hospitales se saturan y no hay disponibilidad de cuartos. Usted o su médico pueden hacer la reservación oportunamente en el hospital.
8. Si por alguna razón, usted ya pagó por la cirugía o tratamiento, consulte la **Sección de Reembolso**.

Territorio Extranjero

1. Requisitos para programar su cirugía o tratamiento:

- a) **Informe Médico** llenado en su totalidad por el médico especialista que lo refiere al extranjero (formato anexo al final).
 - b) **Aviso de Accidente o Enfermedad de Programación de Cirugía** debidamente requisitado por usted (formato anexo al final).
 - c) Historia clínica del padecimiento actual, así como estudios preoperatorios, de laboratorio o gabinete incluyendo su interpretación.
 - d) Nombre del hospital, ciudad y teléfono en donde se practicará la intervención quirúrgica.
 - e) Nombre de los miembros del equipo médico o quirúrgico, teléfonos donde se les pueda localizar (preferentemente proporcione el número telefónico y fax).
 - f) Fecha en la que efectuará el tratamiento médico y/o quirúrgico.
 - g) Presupuesto, desglosado por cada miembro del equipo médico o quirúrgico.
 - h) Nombre, teléfono y clave del Registro Federal de Contribuyentes del médico que lo atendió en México.
2. Entregue la documentación requerida en el Departamento de Servicios en Programación de Cirugías, en Oficina Matriz, Oficina de Servicio o Centro Regional que le corresponda **diez días hábiles** antes de su cirugía o tratamiento médico.
 3. Al recibir su documentación, se asignará un número de folio, el cual indica que su solicitud está siendo procesada por GNP y recibirá un comprobante señalando la fecha de entrega de respuesta. Si su reclamación no llegase a proceder, le entregaremos una carta aclarando el motivo de la no procedencia.
 4. Grupo Nacional Provincial, se pondrá en contacto con el Administrador en el extranjero para informarles sobre su ingreso, por lo que es muy importante que si desea realizar algún cambio nos lo notifique.
 5. Le pedimos que firme la carta de asignación de beneficios (assignment benefits/release of medical information) que proporciona el hospital, o bien solicítela al Administrador en el extranjero, con el fin de evitar contratiempos en el envío de su documentación y en el pago de sus facturas.
 6. La disponibilidad de la habitación dependerá de la capacidad del hospital y su nivel de saturación, por lo que recomendamos programar su cirugía con oportunidad y usted o su médico tratante, deben hacer la reservación de la habitación en el hospital.
 7. Si usted ya erogó los gastos, consulte la **Sección de Reembolso**.

Si usted elige un cuarto diferente al estipulado en el Contrato, el hospital le cobrará la diferencia, así como los gastos no cubiertos por su póliza.

Reporte desde el hospital

Este sistema consiste en que el Asegurado reporte a GNP su ingreso al hospital, mismo que debe estar en convenio con Grupo Nacional Provincial, para obtener el beneficio de pago directo. Este sistema opera únicamente en estancias mayores a 24 hrs.

Territorio nacional

1. Al llegar al hospital bajo convenio, muestre su Tarjeta Línea Azul y una identificación oficial con fotografía. Proporcione al Departamento de Admisión todos los datos que le soliciten.

- Reporte de inmediato a Grupo Nacional Provincial su ingreso al hospital, llamando al siguiente número telefónico:

52 27 33 33
01 800 001 92 00

Ciudad de México
Sin costo nacional

Al recibir su reporte, le proporcionarán su número de folio con el cual será atendido su trámite.

- Si no ha pagado la prima de su póliza o bien no ha sido posible recopilar la información médica y administrativa necesaria, no aplicará este servicio y su reclamación se tramitará por el Sistema de Reembolso.
- Si durante su estancia en el hospital requiere mayor información o necesita algún servicio adicional, solicite un Asesor Personal de Servicio en el Centro de Atención a Asegurados, ubicados en los principales hospitales o bien, llame a Asistencia Línea Azul.

Importante: La Tarjeta Línea Azul le permitirá el pase directo de admisión sin depósito en algunos hospitales. Sin embargo, deberá firmar un pagaré que tendrá que liquidar si no procediera el Servicio de Reporte desde el Hospital o si su padecimiento no está cubierto por la póliza.

Si usted elige un cuarto diferente al estipulado en el Contrato, el hospital le cobrará la diferencia, así como todos los gastos no cubiertos por la póliza.

Territorio Extranjero

Le recordamos que en caso de atención en el extranjero, se aplican las políticas establecidas en la cobertura de atención en el Extranjero NO APLICA PARA COBERTURA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO.

Considere los siguientes puntos:

- Al llegar a un hospital haga el reporte de su ingreso al Administrador en el extranjero. Esto le garantizará el pago directo de los gastos procedentes de su reclamación.

1 (800) 807 5697

Sin costo internacional

En caso de no reportarse, los gastos deberán ser tramitados vía reembolso.

Nota: El reporte que usted realice, no implica la autorización del pago directo.

- Si acude a un hospital en convenio, muestre su Tarjeta Línea Azul, una identificación oficial con fotografía y proporcione los datos que le sean requeridos.

Le pedimos que firme la carta de asignación de beneficios (assignment benefits/release of medical information) que proporciona el hospital o bien, solicítela al Administrador en el extranjero, con el fin de evitar contratiempos en el envío de su documentación y en pago de sus facturas.

- Grupo Nacional Provincial verificará la cobertura de su póliza y si procede, se enviará una carta de beneficios al Administrador en el extranjero. En ésta se explican los montos no procedentes y la cobertura de su póliza. El Administrador en el extranjero, garantizará el pago directo con los médicos y proveedores que lo atenderán.
- Si su estancia es menor a 24 hrs., deberá pagar los gastos y tramitar su reclamación por el Sistema de Reembolso. Le pedimos que verifique que el balance de la cuenta aparezca en ceros a fin de evitar contratiempos en el pago del reembolso.

Reembolso

Le recordamos que en caso de atención en el extranjero, se aplican las políticas establecidas en la cobertura de atención en el Extranjero NO APLICA PARA COBERTURA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO.

Este sistema aplica cuando usted ha pagado directamente a los prestadores de servicios médicos para cubrir gastos originados por una enfermedad o accidente cubiertos por su póliza.

Para procesar ágilmente su reembolso, le pedimos que siga estos pasos:

1. Presentar originales de comprobantes de pago a nombre del Asegurado afectado o bien a nombre del Asegurado titular en caso de ser menor de edad: facturas del hospital, recibos de honorarios médicos (incluir Cédula Profesional), notas de farmacia con receta, estudios de laboratorio y gabinete, gastos erogados fuera del hospital, ambulancia, etc. Todos los comprobantes deben cumplir con los requisitos fiscales, en ningún caso es posible reembolsar gastos que no estén a nombre del Asegurado afectado o bien del Asegurado titular en caso de ser menor de edad; en este caso deberá especificar el nombre del paciente.
2. Llenar y presentar firmados (por usted y el médico tratante) la forma de Aviso de Accidente o Enfermedad y el Informe Médico, totalmente requisitados. Ambos formatos se encuentran anexos al final.
3. Solicite a su médico una Historia Clínica. Si estuvo hospitalizado, obtenga una fotocopia del Expediente Clínico del Hospital. Adjunte estos documentos a su reclamación.
4. Entregue todos los resultados de análisis y estudios de gabinete con su interpretación (pruebas de laboratorio, estudio histopatológico, tomografías, radiografías, resonancia magnética, etc.).
5. Si en su caso intervinieron autoridades legales, presente copias del Acta del Ministerio Público.
6. Si presenta dos reclamaciones simultáneas, entregue un Informe Médico y un Aviso de Accidente o Enfermedad por cada Asegurado o Padecimiento. Anexe a cada expediente sus respectivos gastos.
7. Si recibió atención médica de diferentes especialistas para un mismo tratamiento médico o cirugía, solicite a cada uno de ellos un Informe Médico por separado. Estos Informes Médicos individuales le serán solicitados cuando presente su reclamación.
8. Recuerde que NO se aceptan comprobantes de pago de Instituciones de Beneficencia.

Presente la documentación en Oficina Matriz, Oficina de Servicio o Centro Regional que le corresponda. Si tiene duda sobre el procedimiento o dónde presentar su reclamación, comuníquese a Asistencia Línea Azul, donde con gusto le atenderemos.

Grupo Nacional Provincial analizará y dictaminará su reclamación. En caso de proceder, le reembolsará los gastos autorizados hasta por el monto máximo a cubrir especificado en cada una de las coberturas de su póliza. Asimismo, si fuera el caso, Grupo Nacional Provincial le informará el motivo por el cual su reclamación fue rechazada.

Membresía Médica Móvil

Con la Membresía Médica Móvil, podrá solicitar estas coberturas en las ciudades donde Médica Móvil ofrezca sus servicios y dentro de los límites geográficos marcados en el mapa de localización anexo.

Para atenderle en forma eficiente y oportuna, por favor siga estos pasos:

En el momento de la urgencia médica:

1. Comuníquese a **Médica Móvil a los teléfonos:**

55 98 6222 ó 55 63 6643
826 5708 ó 827 2087
356 2780 ó 378 2670
01 800 0096900

Ciudad de México
Ciudad de Guadalajara
Ciudad de Monterrey
Sin costo nacional

Recuerde que estos teléfonos también aparecen en su **Tarjeta Línea Azul**.

2. Tenga a la mano su **Tarjeta Línea Azul** y proporcione el **Número de Póliza** que aparece en ella.
3. Indique al operador de Médica Móvil **dónde se encuentra el paciente Asegurado y describa la situación de emergencia**. Proporcione al operador todos los datos que le solicite.

Médica Móvil evaluará la urgencia médica y le dará orientación telefónica sobre qué hacer mientras llega la Unidad Móvil, lo cual será en el menor tiempo posible.

4. Cuando termine el servicio, **usted deberá pagar el deducible** directamente a Médica Móvil. Puede hacerlo en efectivo o con tarjeta de crédito bancaria.
5. Sólo si se encuentra en las siguientes circunstancias, deberá firmar un pagaré por el costo del servicio, además del pago del deducible:
 - a) Si solicita el servicio dentro de los primeros 30 días de vigencia de su póliza y no ha pagado la prima correspondiente.
 - b) Si por alguna razón su pago no aparece registrado en los sistemas de GNP al momento de solicitar el servicio.

El pagaré se cancelará automáticamente cuando usted pague oportunamente la prima y/o cuando el pago quede registrado en GNP y sólo deberá cubrir el deducible. De no ocurrir lo anterior, Médica Móvil hará efectivo el pagaré.

Recuerde que Médica Móvil no atenderá ni trasladará Asegurados psiquiátrico-agresivos, infectocontagiosos, ebrios o drogado-agresivos.

Procedimientos para utilizar el servicio de Cuidados en el Hogar Médica Móvil

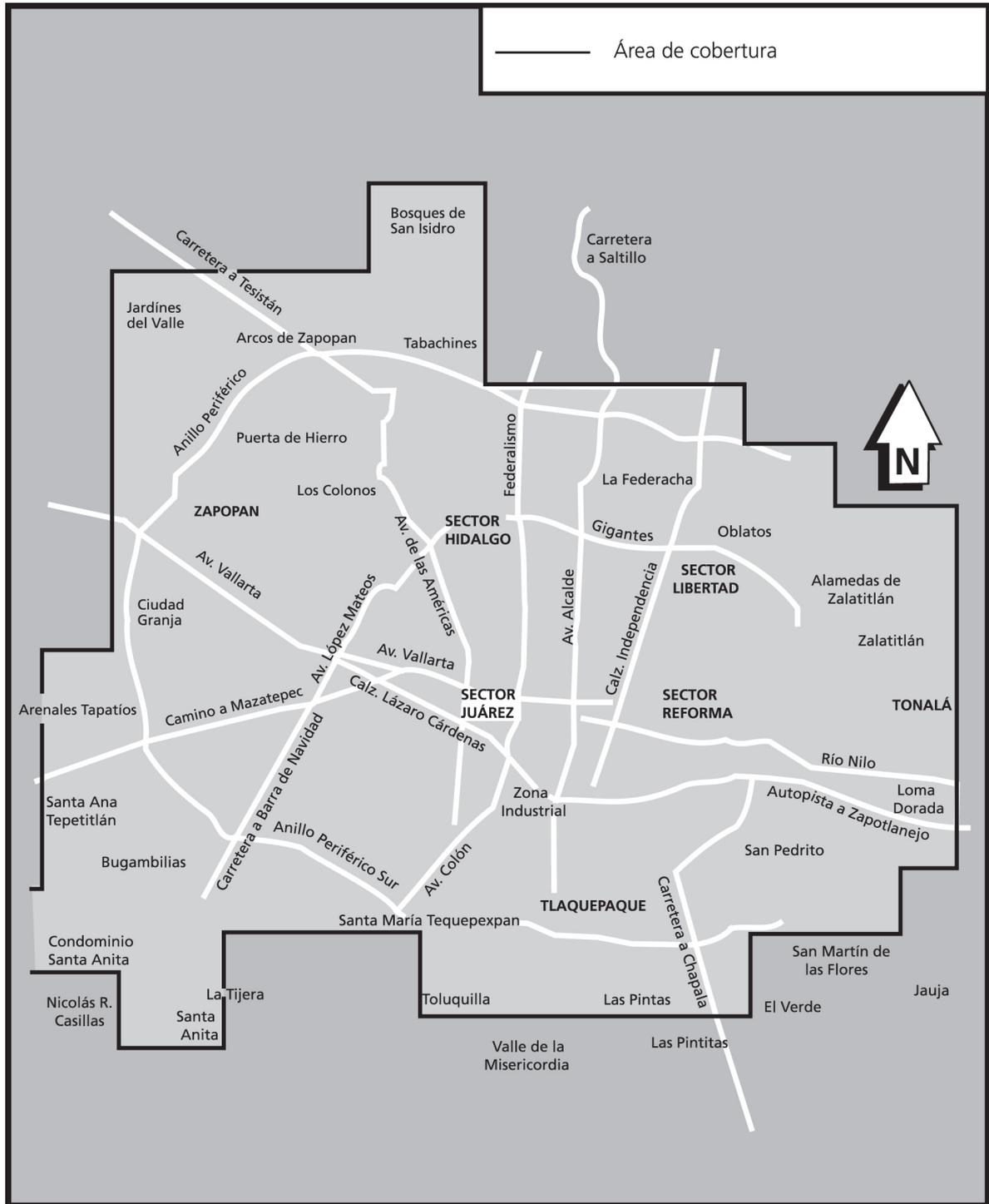
Es un servicio que se dedica a la atención médica en el hogar, la cual permite proporcionar los cuidados de salud en la comodidad y privacidad del hogar, de una manera humana reforzando los cuidados que la familia le da a su ser querido.

- El médico identifica la necesidad de atención de Cuidados en el Hogar Médica Móvil (CHMM).
- Solicita y programa el servicio de CHMM.
- CHMM solicita carta de autorización a GNP (para Asegurados de planes Línea Azul).
- CHMM da respuesta al médico tratante.
- CHMM otorga el servicio y le da seguimiento.
- CHMM envía reporte de Cuidados en el Hogar al médico tratante.
- CHMM proporciona la capacitación necesaria a las secretarías de los médicos, para dar el seguimiento que se requiera.

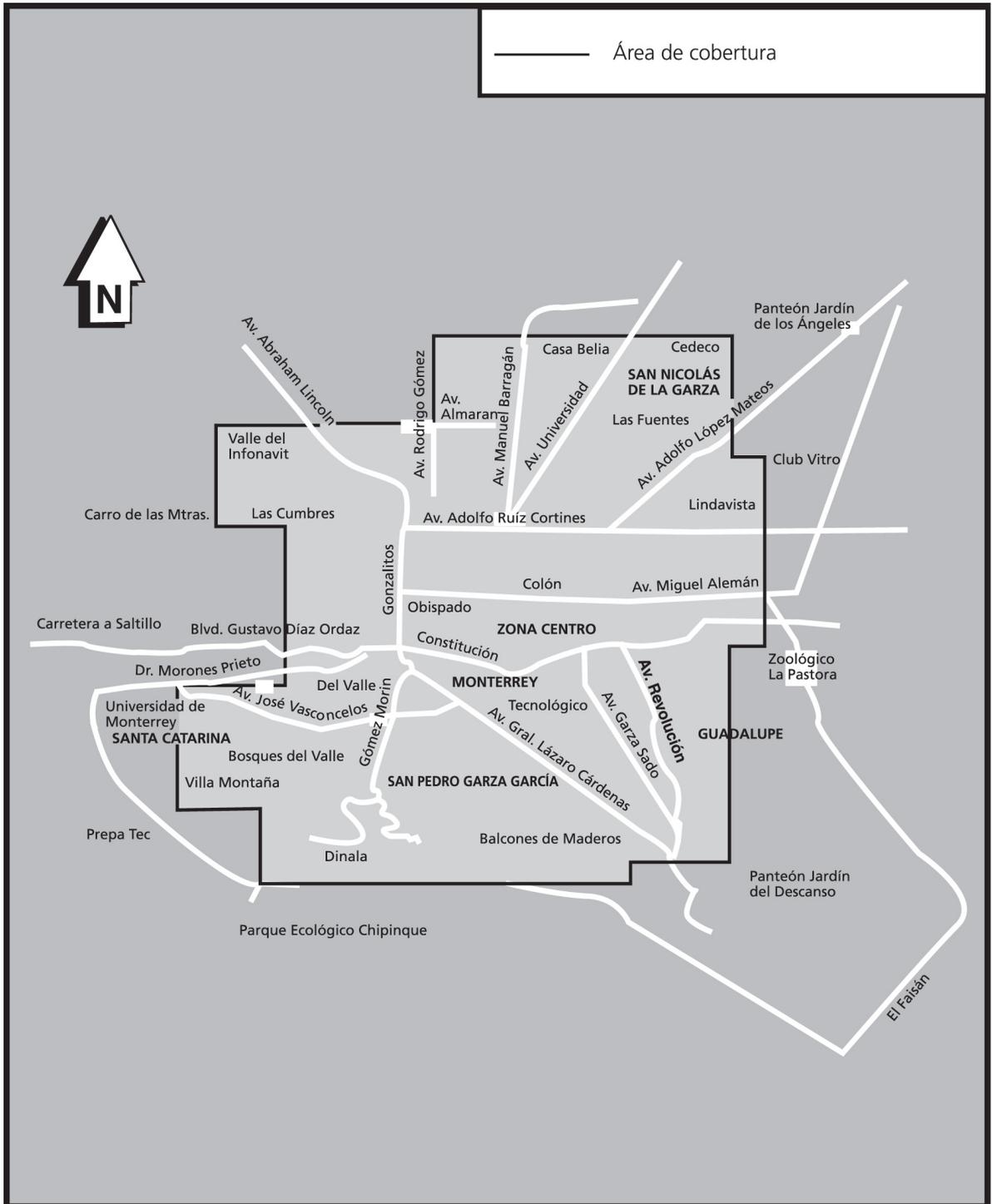
Para recibir más información puede comunicarse a:

Asistencia Línea Azul	
5227 3333	Ciudad de México
01 800 001 9200	Sin Costo Nacional
1 800 807 5697	Sin Costo Internacional

Cobertura de Médica Móvil en la Zona Metropolitana de la Ciudad de Guadalajara



Cobertura de Médica Móvil en la Zona Metropolitana de la Ciudad de Monterrey



Emergencia en el Extranjero

En caso de que cuente con la cobertura de Emergencia en el Extranjero y usted o sus dependientes económicos tengan una emergencia y requieran atención médica o quirúrgica inmediata, podrán contar con el beneficio de **Pago Directo. (Sólo opera para estancias hospitalarias mayores a 24 horas)**

Para darle un servicio ágil y oportuno, le pedimos siga estos pasos:

- a) Llame al **1 (800) 807 5697** (sin costo internacional) y **Asistencia Línea Azul** lo comunicará con el Administrador en el extranjero.

NOTA: El reporte que usted realice, no implica la autorización del Pago Directo.

- b) Grupo Nacional Provincial verificará si procede el padecimiento motivo de su reclamación de acuerdo a lo establecido en la Cobertura de Emergencia en el Extranjero y si su póliza está al corriente en el pago de la prima. En caso afirmativo, la Aseguradora pagará directamente los gastos procedentes de Hospital y Honorarios Médicos, a través del Administrador en el extranjero.

Si **no requiere hospitalización** (estancia mayor a 24 hrs. en el hospital) o por alguna causa **no procede el Sistema de Pago Directo, usted asumirá el pago de los gastos**. De ser así, obtenga todos los comprobantes y documentación que se señalan en el apartado de Sistema de Reembolso. A su regreso a México, le serán reembolsados los gastos cubiertos de acuerdo a las condiciones de su póliza, es importante que verifique que el balance de las cuentas aparezca en ceros a fin de evitar contratiempos en el pago del reembolso.

Enfermedades Catastróficas en el Extranjero

En caso de que haya contratado esta cobertura y necesite atención médica en el extranjero, es necesario:

1. Por lo menos 10 días hábiles antes del evento, presentar la siguiente documentación:
 - a) **Informe Médico**, debidamente llenado por el médico que hizo el diagnóstico en territorio nacional.
 - b) Estudios e interpretación que hayan servido para determinar el diagnóstico definitivo.
 - c) **Aviso de accidente o enfermedad**, indicando que se solicita la aplicación de la cobertura de **Enfermedades Catastróficas en el Extranjero**.
2. Con esta información y dependiendo del padecimiento, se determinará la procedencia del evento.
3. Si su padecimiento es aceptado, GNP le dará a conocer por escrito las opciones que haya seleccionado para su atención en el extranjero, proporcionándole el nombre de las instituciones y los médicos con quien podrá acudir.
4. Es necesario que una vez que reciba la información, envíe nuevamente por escrito cual es la opción de su preferencia.
5. Con su notificación, GNP le confirmará la aceptación del Pago Directo con el médico e institución que haya elegido.
6. Una vez que GNP le proporcione la confirmación tendrá 30 días para iniciar la gestión con los prestadores de servicios médicos que haya elegido.

Si existiera alguna duda o problema durante su estancia en el extranjero puede llamar sin costo al **1 (800) 807 5697**.

Esta cobertura opera exclusivamente bajo el esquema de Programación de Cirugía y/o Tratamiento Médico. No opera el Servicio de Reporte desde el Hospital ni el de Reembolso.

Acceso a Médica Integral GNP

Si usted o sus dependientes económicos tienen contratada esta cobertura, tendrán acceso a las Clínicas de Médica Integral GNP, donde le proporcionaremos la atención y el servicio médico más completo, poniendo especial cuidado en la práctica de medicina preventiva y el cuidado especializado de su salud.

Las clínicas Médica Integral GNP cuentan con personal médico altamente calificado y equipo de tecnología de punta para ofrecer servicios médicos de alta calidad para la atención de su salud.

Los servicios médicos que le ofrecen las clínicas Médica Integral GNP son:

- Amplias Instalaciones.
- Todos los servicios dentro de un mismo lugar: consultorios médicos, laboratorio clínico, rayos X, ultrasonido, rehabilitación física, fisioterapia, área odontológica, farmacia, óptica (excepto Palmas en el DF y Monterrey).
- Consultas Médicas y de Especialidad con:
 - Médico Familiar
 - Médico Internista
 - Pediatría
 - Ginecología
 - Dermatología
 - Nutrición
 - Oftalmología
 - Ortopedia
 - Psicología
 - Otorrinolaringología
 - Medicina de Rehabilitación y Fisioterapia
- Otro gran beneficio:
 - Atención Odontológica (todas las especialidades)

Para recibir los servicios antes mencionados es indispensable presentar su **Tarjeta Línea Azul** y hacer cita antes de acudir a cualquiera de nuestras clínicas.

Para mayor información o solicitud de citas llame a Asistencia Médica Integral, al **5445-3080** del D.F. o del interior sin costo al **01 800 71-377-92** en donde le indicarán el procedimiento a seguir.

Las Clínicas de Médica Integral GNP se encuentran ubicadas en:

COAPA

Av. Canal de Miramontes No. 2053, 3er. Piso, Super Plaza Miramontes, Col. Coapa, México, D.F.

COYOACÁN

División del Norte, No. 2555, Col. Del Carmen Coyoacán, México, D.F.

PALMAS

Palmas No. 500, Col. Lomas de Chapultepec, México, D.F.

SATÉLITE

Enrique Sada Muguerza No. 15, Circuito Centro Comercial Satélite, Col. Cd. Satélite, Naucalpan de Juárez, Edo. de México.

VALLE- MONTERREY

Av. San Pedro No. 301 Sur, Col. Del Valle, San Pedro Garza García, N.L.

El servicio se otorgará a partir del 5to. día de haber contratado la cobertura correspondiente.

Respaldo Hospitalario

En caso de que haya contratado la cobertura de Respaldo Hospitalario y necesite hacerla válida, le pedimos tome en cuenta lo siguiente, para que pueda obtener el máximo beneficio y nos dé la oportunidad de servirle con calidad y eficiencia.

1. Debe llenar el formato para Reembolso de Accidente y/o Enfermedad (anexo al final), por cada ingreso al hospital.
2. Junto con el formato anterior debe entregar la documentación que avale su estancia en el hospital y una identificación oficial con fotografía. En caso de haberse atendido en:
 - **Hospital Privado:** Requisar en el área de Admisión del hospital la factura correspondiente. En caso de que la factura no contenga la fecha de ingreso y egreso del hospital, solicitar un comprobante que indique los días que permaneció en el hospital.
 - **Hospital Público:** Entregar la nota de alta, donde se indica la fecha de ingreso y egreso del hospital. En caso de no tenerla, acudir con la Trabajadora Social de la institución y solicitar que le elabore la nota resumen, donde se especifiquen los días de estancia, fecha de ingreso y egreso del hospital.
3. Con esta información, **GNP** analizará y dictaminará su reclamación. En caso de proceder, le reembolsará el importe correspondiente a la Indemnización Diaria contratada de acuerdo al número de días de hospitalización.
4. **GNP** pagará dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la reclamación y una vez reunida toda la documentación solicitada.
5. Asimismo, si fuera el caso **Grupo Nacional Provincial** le informará el motivo por el cual su reclamación fue rechazada.

Si tiene alguna duda sobre el procedimiento o dónde presentar su reclamación, comuníquese a los teléfonos de **Asistencia Línea Azul** donde con gusto lo atenderemos.

Asistencia Línea Azul

Línea Azul ofrece a todos sus Asegurados el servicio de:

Asistencia Línea Azul

Que le permite obtener el máximo beneficio de su Seguro de Gastos Médicos. Para obtener este servicio, comuníquese a los siguientes teléfonos:

5227 3333	Ciudad de México
01 800 001 9200	Sin costo Nacional
1 800 807 5697	Sin costo Internacional

A través de **Asistencia Línea Azul** usted podrá obtener:

1. **Información sobre su póliza, Círculo Médico y hospitales en convenio**
Le asesoraremos sobre Gastos Cubiertos, Exclusiones y Condiciones Generales de la póliza. También le informaremos sobre los médicos que forman parte del Círculo Médico que eligió los hospitales en convenio y otros proveedores médicos afiliados. Esta información también la podrá encontrar en internet en la dirección electrónica www.gnp.com.mx
2. **Información sobre procedimientos**
Le asesoraremos y brindaremos apoyo para tramitar su reclamación por cualquiera de los sistemas de pago: Programación de Cirugía, Reporte desde el Hospital y Reembolso.

Le daremos información sobre qué formatos llenar y cómo hacerlo, documentación necesaria para presentar su reclamación, lugar y procedimiento para realizar sus trámites, etc.

3. Descuentos con proveedores médicos

Asistencia Línea Azul le informará sobre una amplia gama de Proveedores Médicos que le ofrecerán diferentes descuentos en hospitalización, pruebas de laboratorio, radiografías, compra de medicamentos, etc. Esta lista también la podrá encontrar en internet en la dirección electrónica www.gnp.com.mx

Una vez elegido el proveedor médico de Línea Azul, acuda al establecimiento y presente su **Tarjeta Línea Azul** y una identificación oficial con fotografía, para que se le aplique el descuento pactado.

4. Orientación médica telefónica

Si usted o alguno de los suyos presenta padecimientos menores como una gripa, trastornos digestivos, insolación, fiebre, etc., llámenos y de inmediato un médico le asesorará sobre qué acción tomar.

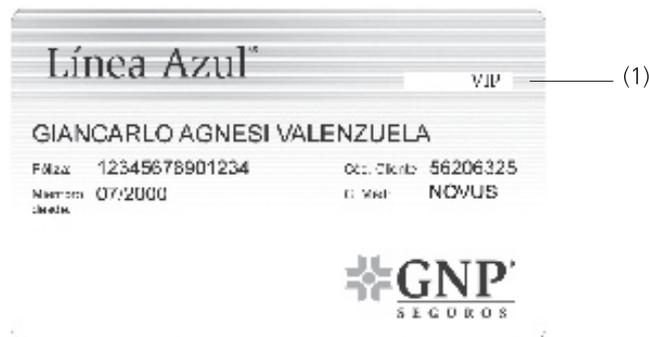
Asimismo, si requiere información sobre cómo y cuándo administrar medicamentos, o bien, sobre cómo interpretar análisis clínicos; personal médico calificado le orientará adecuadamente.

Este servicio lo brinda Médica Móvil, empresa líder en atención médica de urgencia.

Directorios

Si usted desea consultar el Directorio de Hospitales, el Directorio de Círculos Médicos, Directorio de Servicios Auxiliares (proveedores médicos que le ofrecerán precios preferenciales en hospitalización, pruebas de laboratorio, radiografías, compra de medicamentos, etc.) y/o Tabuladores de Honorarios Médicos podrá hacerlo de las siguientes maneras:

1. En Internet en la dirección electrónica: **www.gnp.com.mx**. Para que su consulta sea más fácil y rápida es importante que tenga a la mano su **Tarjeta Línea Azul** y siga los siguientes pasos:
 - a. Ubique la sección que desea consultar
 - b. Una vez seleccionado el Directorio a consultar, seleccione el plan que contrató. Lo encontrará en su Tarjeta Línea Azul (1)



- c. Seleccione el estado y ciudad donde desea atenderse
 - d. Dependiendo del Directorio que haya elegido deberá seleccionar el hospital, el médico o el criterio que desea consultar
2. También podrá consultar los Directorios con tan sólo llamar a **Asistencia Línea Azul** a los siguientes números telefónicos:

5227 3333
01 800 001 9200
1 800 807 5697

Ciudad de México
Sin costo Nacional
Sin costo Internacional

Informe médico

Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde. 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			
<input type="checkbox"/> Programación de cirugía	<input type="checkbox"/> Programación de tratamiento médico	<input type="checkbox"/> Reembolso	
Ficha de identificación			
Nombre del paciente			Fecha de nacimiento
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	día mes año
Sexo	Edad	No. de Póliza	Causa de atención
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente
Historia clínica (especificar tiempo de evolución)			
Antecedentes personales patológicos		Antecedentes personales no patológicos	
Antecedentes gineco-obstétricos		Antecedentes perinatales (si es necesario)	
Padecimiento actual			
De acuerdo a la historia clínica y a la evolución natural de la enfermedad, favor de indicar la fecha de inicio del padecimiento			Fecha de inicio
			día mes año
Código ICD	Diagnóstico(s) definitivo(s)		Fecha de diagnóstico
			día mes año
Tipo de padecimiento			
<input type="checkbox"/> Congénito	<input type="checkbox"/> Adquirido	<input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Crónico
		¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento?	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?	
Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)			

Tratamiento		CPT4. Sólo como referencia		Descripción del tratamiento		Fecha de inicio	
						día mes año	
Complicaciones		Descripción de complicaciones		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		Información adicional	

Nombre del hospital		Ciudad	Estado
<input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria		Tipo de estancia Fecha de ingreso día mes año	

Datos de el (los) médico(s) que participan en la intervención o como interconsultante(s)							
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Tipo de participación	
Especialidad		Cédula profesional		Cédula de especialidad o certificación		Presupuesto	
Teléfono		Celular		Fax		Radiolocalizador	
Correo electrónico (si cuenta con el)							
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Tipo de participación	
Especialidad		Cédula profesional		Cédula de especialidad o certificación		Presupuesto	
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Tipo de participación	
Especialidad		Cédula profesional		Cédula de especialidad o certificación		Presupuesto	

Mediante este documento informo a la institución de seguros que toda la información vertida en éste, está de acuerdo con los antecedentes médicos que conozco por la referencia del paciente o sus familiares o por los estudios que le he realizado bajo mi estricta responsabilidad.

Lugar y fecha

Nombre y firma del médico tratante

Aviso de accidente o enfermedad (Reembolso, programación de servicios y/o tratamiento médico)

Este cuestionario deberá ser llenado según aplique con información correcta, detallada, 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 los derechos que se reserva conforme a la póliza.

Este documento no será válido con tachaduras y/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
R.F.C.	letras	año	mes	día
				homoclave (si cuenta con ella)
CURP (si cuenta con ella)		Sexo		Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
Estado civil		Ocupación actual		Actividad o giro del negocio donde trabaja
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL				
¿El Asegurado desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Definir cargo:
				Correo electrónico (si cuenta con él)
Domicilio particular				
Calle			No. exterior	No. interior
Colonia			C.P.	
Municipio o delegación	Ciudad o población	Entidad federativa	Pais	clave lada
				Teléfono
II. Datos del Asegurado afectado (en caso de ser distinto al Asegurado titular)				
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)
				Código cliente o No. de certificado
R.F.C.	letras	año	mes	día
				homoclave (si cuenta con ella)
Ocupación		Parentesco con el titular		Sexo
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
				Estado civil
				<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
Domicilio (en caso de ser distinto al del Asegurado titular)				
Calle			No. exterior	No. interior
Colonia			C.P.	
Municipio o delegación	Ciudad o población	Entidad federativa	Pais	clave lada
				Teléfono
Lugar donde recibió la atención				
		Estado		Municipio o delegación
III. Datos del contratante persona física (en caso de ser distinto al Asegurado titular)				
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)
				Código cliente (si cuenta con él)
R.F.C.	letras	año	mes	día
				homoclave (si cuenta con ella)
CURP (si cuenta con ella)		Sexo		Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
Ocupación actual		Actividad o giro del negocio donde trabaja		Correo electrónico (si cuenta con él)
¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Definir cargo:
				Relación con el solicitante titular
Contratante (en caso de existir como persona moral)				
Razón social			Código cliente (si cuenta con él)	
R.F.C.	letras	año	mes	día
				homoclave
Giro mercantil, actividad u objeto social		Correo electrónico o página de internet (si cuenta con ella)		
Nombre del representante legal				
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)
Domicilio del contratante (persona física o moral)				
Calle			No. exterior	No. interior
Colonia			C.P.	
Municipio o delegación	Ciudad o población	Entidad federativa	Pais	clave lada
				Teléfono

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en ésta u otra compañía?		No. de reclamación	
Tipo de reclamación <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Complementaria			
Se trata de: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo		Indique diagnóstico motivo de su reclamación	
Si es accidente detállese ¿cómo y cuándo ocurrió?			Fecha del accidente o inicio del padecimiento día mes año
En caso de accidente automovilístico ¿existe seguro del (de los) automóvil(es)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la Compañía	Cobertura	Suma Asegurada (GM) Póliza No.
Anexar copia de la actuación del Ministerio Público o comprobante y/o reporte recibido de la Compañía, así como interpretación de estudios realizados.			
Hospital donde se internará		Datos de ingreso programado hora día mes año	
Nombre del médico	Especialidad	¿Se encuentra en convenio con esta Compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿A través de qué medio le fue referido el médico? <input type="checkbox"/> GNP Seguros <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro			
Mediante este documento declaro que toda la información vertida en él es verdadera y está acorde con los antecedentes médicos que conozco, y me hago responsable de sus consecuencias.			
<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> Nombre y firma del Asegurado y/o Contratante			

Nombre del agente	Clave	Teléfono	Estado

Asistencia Línea Azul

Con gusto lo atenderemos los 365 días del año, las 24 hrs. del día, proporcionándole los siguientes beneficios:

- Orientación sobre el funcionamiento de su póliza.
- Información sobre los médicos que forman parte del Círculo Médico.
- Orientación médica telefónica sin costo, proporcionada por Médica Móvil.
- Información sobre hospitales en convenio.
- Información sobre proveedores médicos que ofrecen precios preferenciales.
- Información sobre el seguimiento de su trámite.

5227 3333

01 800 001 9200

Ciudad de México

Sin costo Nacional

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	
Concepto	Importe de gastos presentados
1. Gastos extras 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 (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

Sólo en caso de tener indemnización diaria por accidente y enfermedad, indique fecha de incapacidad	día	mes	año

V. Lugar donde recibió la atención	
Municipio o delegación	Población y/o estado

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:

1. Envíe los siguientes documentos:
 - a) Formato para reembolso de Accidente y/o Enfermedades
 - 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, no se acepta facsímil.
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.
5. Al comprar sus medicamentos en la farmacia, anexe a la nota, la receta del médico. Tache de 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. El importe de la misma, anotado en la receta no tendrá validez alguna para el pago de su reclamación.
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. Todos los comprobantes de gastos deberán ser solicitados a nombre del titular de la póliza.

Recuerde:

**El programar su cirugía o tratamiento médico le brinda grandes beneficios
¡Aprovéchelos!**