

# Plan Hospitalario

Condiciones  
Generales

Enero 2008

# Contenido

---

Definiciones

---

Cláusulas generales

---

Cobertura

---

Enfermedades y tratamientos con periodo de espera

---

Exclusiones

---

Gastos a cargo del Asegurado

---

Asistencia Línea Azul

---

¿Qué hacer en caso de reclamación?

---

Programación de cirugías y tratamientos médicos con hospitalización

---

Reembolso

---

# Definiciones

---

Para efectos de este contrato, se entenderá:

## 1. Accidente

Acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta que lesiona al Asegurado ocasionándole daño(s) corporal(es) que no está expresamente excluido en esta póliza y que para su tratamiento se requiere necesariamente internamiento hospitalario.

## 2. Antigüedad

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

## 3. Asegurado

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

## 4. Asegurado Titular

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

## 5. Beneficiario

Persona física y/o moral designada en la póliza por el Asegurado o Contratante, como titular de los derechos indemnizatorios.

## 6. Carátula de la póliza

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

## 7. 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.

## 8. Coaseguro

Participación del Asegurado en el monto total de los costos de hospitalización y honorarios médicos.

## 9. Cobertura

Relación de los riesgos amparados en la que se expresa los límites máximos de responsabilidad de GNP y del Contratante y/o Asegurado.

## 10. Condiciones generales

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

## 11. 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. Contratante y Asegurado pueden ser la misma persona.

## 12. Detalle de cobertura por asegurado

Documento que forma parte de la póliza en el que se especifican los datos particulares de cada uno de los familiares asegurados.

## 13. DSMGVDF

Días de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal.

# Definiciones

---

Versión 0

## 14. Enfermedad o padecimiento cubierto

Alteración en la salud biológica 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, que no esté expresamente excluido en esta póliza y si tiene plazo de espera, éste haya transcurrido y que para su tratamiento se requiere necesariamente internamiento hospitalario.

## 15. 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. Así mismo conformarán dicho expediente médico los documentos escritos, gráficos, imagenológicos o de cualquier otra índole, suscritos por cualquier profesional de la Salud.

## 16. Extraprima

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

## 17. Familiares

Son las personas que tienen vínculos directos o indirectos con el Asegurado titular que cumplen con los límites de edad y que están cubiertos en la misma póliza de Seguro por Hospitalización a causa de accidentes o enfermedades.

## 18. GNP

Grupo Nacional Provincial, S. A. B.

## 19. Honorarios médicos

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

## 20. Hospitalización

Permanencia continua mayor a 24 horas del Asegurado en una clínica, hospital o sanatorio, comprobable y justificada médicamente para la atención de una enfermedad o accidente. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

## 21. 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. Para el caso de que el Asegurado cancele o no renueve su póliza y en el futuro decida contratarla nuevamente, la fecha de la nueva póliza será considerada como inicio de cobertura.

## 22. Misma Enfermedad o Accidente

Una alteración en el estado de salud del Asegurado es a consecuencia de un mismo accidente o padecimiento cuando no existe una recuperación plena de su salud biológica; sino que el acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta para el caso de accidentes o la patología que desencadenó el padecimiento en el caso de enfermedades, siguen alterando su salud o estado físico.

## 23. Pago Directo

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

## 24. 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.

## 25. Periodo al descubierto

Intervalo de tiempo durante el cual quedan suspendidos los beneficios de este Contrato. Se genera por falta de pago de primas.

# Definiciones

---

## 26. 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.

## 27. Plan

Conjunto de componentes de la póliza: suma asegurada, límite de responsabilidad de GNP, forma de indemnización, entre otros, que indican al Asegurado los beneficios a que tiene derecho.

## 28. Póliza

Documento emitido por GNP en el que constan los derechos y obligaciones de las partes.

## 29. Prima

Contraprestación prevista en el Contrato de seguro a cargo del Contratante y/o Asegurado.

## 30. Prima neta

Importe de prima más extraprima, antes de derecho de póliza, recargo e IVA.

## 31. Prima total

Importe de prima neta más derecho de póliza, recargo e IVA.

## 32. 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 médicos independiente con el cual ha celebrado un convenio, para la atención médica a los Asegurados que presenten enfermedades o accidentes cubiertos por este Contrato, antes de que ocurra la intervención quirúrgica o el tratamiento con hospitalización.

## 33. Reclamación o solicitud de servicios

Trámite que efectúa el Asegurado ante GNP, para obtener los beneficios de este Contrato a consecuencia de la hospitalización por enfermedad o accidente. GNP define si es o no procedente de acuerdo a la cobertura de la póliza.

## 34. Reembolso

Restitución de gastos procedentes, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto. GNP reintegrará al Asegurado o a sus beneficiarios la suma que corresponda después de aplicar las condiciones del plan contratado.

## 35. Región de residencia habitual

Parte geográfica integrada por una o varias ciudades que corresponden al entorno del lugar de residencia de los asegurados y de su familia.

## 36. Renovación

Emisión consecutiva de la póliza por un periodo de tiempo determinado.

## 37. Salud biológica

Es el bienestar biológico objeto de este contrato.

## 38. Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de GNP, elegido por el Contratante.

## 39. 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.

# Definiciones

---

## 40. Versión

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

## 41. Vigencia

Periodo de validez del Contrato.

# Cláusulas Generales

---

## 1. Contrato

Mediante este Contrato, GNP se obliga en términos y condiciones del mismo, a pagar al Asegurado los gastos de hospitalización y los honorarios médicos correspondientes hasta los límites de suma asegurada consignados en la carátula de la póliza, siempre y cuando el siniestro ocurra durante la vigencia de la presente póliza y el Asegurado sea internado al menos durante veinticuatro horas continuas en un hospital por prescripción médica a causa de accidente o enfermedad.

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

Las declaraciones hechas por el Asegurado o sus representantes en la solicitud-cuestionario, el clausulado general y las Condiciones especiales de contratación, la póliza y sus versiones, y cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

## 2. Modificaciones

Cualquier modificación al presente Contrato, será por escrito y previo acuerdo entre las partes. Lo anterior en términos del artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. En consecuencia, el Agente o cualquier otra persona que no esté expresamente autorizada por GNP, no podrán realizar modificaciones.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante y/o 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.

Lo anterior de conformidad con el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

## 3. Notificaciones

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

## 4. Eliminación o reducción de Periodo de Espera

Es el beneficio que otorga GNP con base en el tiempo durante el cual, el Asegurado tuvo cobertura en ésta u otra aseguradora, el cual aplica exclusivamente para eliminar o reducir los periodos de espera de algunos de los padecimientos descritos en la Cobertura básica.

## 5. 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 información homogénea, suficiente y confiable, establecidos en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y de conformidad con lo establecido en la cláusula de Periodo de Beneficio.

## 6. 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 omisiones, falsas declaraciones, actuación dolosa o fraudulenta del Contratante y/o Asegurado y/o representante de éstos, al declarar por escrito en las solicitudes de GNP o en cualquier otro documento, ésta podrá rescindir el Contrato de pleno derecho en los términos de lo previsto por el artículo 47 en relación con los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, devolviendo la prima no devengada correspondiente.

## 7. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de seguro, prescribirán en dos años contados en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

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

# Cláusulas Generales

---

## 8. Moneda

Tanto el pago de la prima como las indemnizaciones a que haya lugar por esta póliza, serán liquidadas en moneda nacional y en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

## 9. Prima

La prima vence y podrá ser pagada en el momento de la celebración del Contrato.

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 éstas a las doce horas del primer día de la vigencia del período que comprendan y se aplicará la tasa de financiamiento estipulada a la fecha de expedición de la póliza.

Lo anterior en los términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro (reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación del 2 de enero de 2002) que a la letra dice:

"Si no hubiere sido pagada la prima o la primera 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 este artículo.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que se hace referencia en el Art. 150 bis de esta ley".

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.

## 10. Lugar y pago de la indemnización

GNP hará el pago de cualquier indemnización en sus oficinas, en el curso de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido a su satisfacción los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

## 11. 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.

## 12. Edad

Las edades mínima y máxima de aceptación al seguro son de 0 y 64 años respectivamente, cancelándose a la edad de 65 años. GNP podrá solicitar documentos que comprueben la edad de los Asegurados: acta de nacimiento, cartilla militar, pasaporte o credencial para votar. Solamente podrá exigir pruebas o documentos adicionales si comprueba que los primeros son falsos o de origen dudoso.

Al alcanzar el Asegurado la edad límite de aceptación, los beneficios continuarán hasta el fin de vigencia, cancelándose automáticamente a la siguiente renovación.

## 13. 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.

## 14. 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 familiares cuando éstos no vivan en el domicilio del Asegurado titular.



# Cláusulas Generales

---

## 15. Extinción de las obligaciones de GNP

Las obligaciones de GNP se extinguirán por efecto del incumplimiento de las obligaciones del Asegurado y/o Contratante por las causas señaladas en la cláusula de prima.

Por ser la base para la apreciación del riesgo a contratar, es obligación del Contratante y/o Asegurado o representante de estos declarar por escrito, todos los hechos importantes que conozca o deba conocer al momento de la celebración del Contrato.

En caso de omisiones, falsas declaraciones, actuación dolosa o fraudulenta del Contratante y/o Asegurado y/o representante de éstos, al declarar por escrito en las solicitudes de GNP o en cualquier otro documento, ésta podrá rescindir el Contrato de pleno derecho en los términos de lo previsto en el artículo 47 en relación con los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

## 16. Suma Asegurada

La Suma Asegurada aplicará en forma independiente para cada padecimiento y/o accidente con sus secuelas y complicaciones.

## 17. 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 (neurorrafias, 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

# Cláusulas Generales

---

En aquellos 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.

## 18. 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.

## 19. Comisiones

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a GNP que 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. GNP 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.

## 20. 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 a 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.

## 21. Arbitraje

En caso de ser notificado de la improcedencia de su reclamación por parte de GNP, 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 un 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 se establecerá 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 el carácter de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por GNP.

## 22. Beneficiarios

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal alguna. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a GNP, indicando el nombre del nuevo Beneficiario. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, GNP pagará al último Beneficiario de que tenga conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del Beneficiario, haciendo una designación irrevocable, siempre que la notificación de esa renuncia se haga 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, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los sobrevivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya Beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, la misma regla se observará salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente o cuando el Beneficiario designado muera antes que el Asegurado.

El Asegurado debe designar Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de Beneficiario atribuye a la persona 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 la entregue a otras.

# Cláusulas Generales

---

**Advertencia** : El Asegurado en caso de que desee nombrar Beneficiarios a 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 por que 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 como 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 de la Suma asegurada.

## 23. 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.

## 24. Rehabilitación

Si el Contratante paga la prima correspondiente después del plazo señalado en la carátula de la póliza, la póliza quedará rehabilitada a consideración de GNP.

Si el Contratante paga la prima correspondiente después del inicio de vigencia de los recibos subsecuentes, la póliza quedará rehabilitada a consideración de GNP.

La rehabilitación contemplada en esta cláusula deberá constar en el recibo de pago emitido por GNP, o en cualquier otro documento emitido posteriormente, sólo para fines administrativos y sin perjuicio de sus efectos automáticos en beneficio de los Asegurados.

## 25. Principio y fin de vigencia

La vigencia de esta póliza inicia y termina en la fecha y hora indicada en la carátula de la misma.

# Cobertura

---

El objeto de este contrato es indemnizar al Asegurado los gastos de hospitalización y los honorarios médicos correspondientes hasta los límites de suma asegurada consignados en la carátula de la póliza, siempre y cuando el siniestro ocurra durante la vigencia de la presente póliza y el Asegurado sea internado al menos durante veinticuatro horas continuas en un hospital por prescripción médica a causa de accidente o enfermedad.

Lo anterior tendrá lugar siempre que los gastos hayan sido erogados dentro de la República Mexicana, el Asegurado se encuentre incluido dentro de la póliza y la póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir la enfermedad o accidente.

## Gastos de Hospitalización

Los gastos hospitalarios comprenden aquellos que resulten de la atención médica prestada al Asegurado al ser hospitalizado a consecuencia de una enfermedad o accidente, tales como:

- a) Hospital, clínica o sanatorio en el cual se lleve a cabo el tratamiento médico y/o quirúrgico. Comprende el costo de un cuarto privado estándar, alimentos y paquete de admisión.
- b) Sala de operaciones, recuperación y curaciones.
- c) Equipo de anestesia, gases y medicamentos requeridos por el médico anesthesiólogo.
- d) Análisis de laboratorio, gabinete e imagenología que sean realizados dentro del hospital que comprenden estudios desde la biometría hemática o estudio 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 o tratamiento de una enfermedad o accidente.

Estos gastos serán cubiertos siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo y la enfermedad o accidente no esté excluida por la presente póliza y los gastos no sean resultado de tratamientos de tipo experimental o en fase de investigación.

- e) Costo de cama extra para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado permanezca hospitalizado.
- f) Medicamentos adquiridos dentro del hospital, clínica o sanatorio, los cuales deberán ser en todo caso prescritos por los médicos tratantes y estar relacionados con el accidente o enfermedad, además de estar autorizados por las autoridades sanitarias para su venta en territorio nacional.

## Honorarios Médicos

A consecuencia de la hospitalización, se cubrirán los honorarios por consultas médicas, tratamiento médico y/o quirúrgico recibidos por el Asegurado durante el tiempo que se encuentre internado en el hospital y que se realicen respecto y/o como consecuencia de una enfermedad o accidente, comprendiendo entre otros, al cirujano, ayudante y anesthesiólogo. Los honorarios de los médicos serán cubiertos con base en los montos económicos del tabulador del plan contratado.

# Internamiento por Enfermedades y tratamientos con periodo de espera

---

Se cubrirán los gastos incurridos por concepto de hospitalización derivada de las enfermedades y/o tratamientos siguientes, una vez que se hayan cubierto los periodos de espera indicados para cada uno de ellos.

Las Enfermedades y/o tratamientos, aún cuando se trate de una urgencia médica, que se presenten en el transcurso de los primeros 30 días de vigencia, contados a partir del inicio de vigencia del seguro para cada asegurado, o que hayan iniciado signos o síntomas durante este periodo no serán cubiertos. Este lapso no tendrá lugar en caso de renovación.

1. El internamiento por tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias de cualquier tipo, tumoraciones mamarias, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia del piso perineal, padecimientos de la vesícula y vías biliares, cataratas, litiasis renal, y en vías urinarias, rodilla, ácido-pépticos y columna vertebral, aún cuando sean a consecuencia de una emergencia y/o accidente, quedarán cubiertos a partir de que esta póliza cumpla con 24 meses de vigencia continua.

El beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera únicamente aplica para los padecimientos antes mencionados

2. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por padecimientos congénitos, prematuridad y/o complicaciones de los Asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza, cuando se haya notificado su nacimiento a GNP por escrito, a más tardar a los 30 días siguientes a dicho acontecimiento, sin requerir pruebas médicas y la madre tenga diez meses de cobertura continua en la póliza; dichos gastos quedarán cubiertos a partir del nacimiento del nuevo Asegurado.
3. Tratamientos médicos y/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 a la fecha del nacimiento del Asegurado.
4. El internamiento por cesárea y parto, así como tratamientos médicos y/o quirúrgicos por las siguientes complicaciones del embarazo, parto y puerperio:
  - a) Embarazo extrauterino
  - b) Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo
  - c) Mola hidatiforme (Embarazo Molar)
  - d) Fiebre puerperal
  - e) Placenta previa
  - f) Placenta acreta

Se cubrirán después de transcurrido el plazo de espera de diez meses contados a partir del inicio de vigencia de esta póliza.

GNP cubrirá los gastos médicos que erogue la Asegurada por la atención médica que reciba a consecuencia de parto o cesárea, hasta por 10 veces el Salario Mínimo Mensual Vigente en el Distrito Federal.

5. El internamiento por circuncisión, se cubrirá a partir del tercer año de vigencia continua de esta póliza.
6. El internamiento por tratamientos médicos o quirúrgicos que requiera el Asegurado afectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) quedarán cubiertos luego de transcurrir los cuatro primeros años de vigencia continua de esta póliza, siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el Virus del SIDA no hayan sido detectados antes o durante este periodo.

Cualquiera de estos padecimientos que sea preexistente nunca quedará cubierto ya que las preexistencias están expresamente excluidas.

# Internamiento por Enfermedades y tratamientos con periodo de espera

---

## Altas

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 por escrito 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 presentada la solicitud-cuestionario 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 la solicitud-cuestionario 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.

En ambos casos, una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado, deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente.

## Bajas

Es la notificación para dar de baja a algun(os) de (los) Asegurado(s) Familiares de la póliza, esta notificación deberá ser por escrito y estar firmada por el Asegurado titular o Contratante.

# Exclusiones

---

Quedan excluidos de la cobertura los Internamientos hospitalarios, y los honorarios médicos por los conceptos que a continuación se enumeran así como sus complicaciones originadas de cualquier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afección, intervención, enfermedad o accidente.

1.– Cualquier procedimiento practicado en consultorio que no requiera quirófano ni hospitalización para realizarse, así como todos los gastos erogados fuera del hospital, clínica o sanatorio donde se recibió la atención médica y/o quirúrgica.

2.– Tratamientos estéticos y de calvicie.

3.– Tratamientos dietéticos, por obesidad, anorexia y bulimia

4.– Curas de reposo, exámenes médicos o estudios de cualquier naturaleza, o para la comprobación del estado de salud o check-up. Internamientos para realizar tratamientos por infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.

5.– Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales, a menos que sean indispensables a consecuencia de un accidente, debidamente sustentados con las radiografías que corroboren el daño sufrido por el accidente.

6.– Aborto, cualquiera que sea su causa y/o complicaciones

7.– Óbito, cualquiera que sea su causa y/o complicaciones

8.– Tratamientos por infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.

9.– Miopía, presbiopía, hipermetropía y astigmatismo.

10.– Padecimientos preexistentes, según se indica en el apartado Definiciones, así como sus consecuencias y complicaciones.

11.– Prematurez, malformaciones y padecimientos congénitos de Asegurados nacidos fuera de vigencia de la póliza.

12.– Estrabismo de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza, independientemente de sus causas u orígenes.

13.– 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.

14.– El tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, trastornos de la conducta, del aprendizaje, lengua o audición, aún a consecuencia de accidente o enfermedad, enajenación mental, demencia, depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis. Estudios y/o tratamientos psicológicos, psiquiátricos, o psíquicos independientemente de sus orígenes o consecuencias.

# Exclusiones

---

- 15.–Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura, proporcionados por personas sin cédula profesional que los acredite como médicos legalmente autorizados para realizar dichos tratamientos.
- 16.–Tratamientos que no requieran hospitalización ni quirófano para realizarlos.
- 17.– Tratamientos experimentales o de investigación.
- 18.–Enfermedades y/o accidentes originados a consecuencia del alcoholismo, toxicomanía y/o drogadicción.
- 19.– Intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental.
- 20.–Enfermedades y/o accidentes derivados de actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, ni aquellos derivados de riñas en que el Asegurado haya participado directamente siempre y cuando sea el provocador.
- 21.–Enfermedades y/o accidentes derivados de la participación del Asegurado en servicio militar de cualquier clase, así como de la participación en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
- 22.– Enfermedades y/o accidentes derivados de la práctica profesional de cualquier deporte.
- 23.– Enfermedades y/o accidentes derivados 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.
- 24.–Padecimientos resultantes de la participación del Asegurado en competencias, entrenamientos, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- 25.– 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.
- 26.– No se cubrirán los gastos por padecimientos congénitos o nacimientos prematuros a consecuencia de alcoholismo y/o drogadicción, tratamientos de infertilidad o esterilidad de la madre asegurada.



# Gastos a cargo del Asegurado

Porcentajes de Coaseguro por el internamiento y atención médica en regiones distintas de la región de residencia habitual

Los Asegurados tienen derecho a internarse en clínicas, hospitales o sanatorios, y hacer uso del círculo médico de una región distinta de su región de residencia; en tal caso, quedará a cargo del Asegurado el porcentaje de coaseguro que resulte de restarle al porcentaje de coaseguro que le corresponda a su región, el porcentaje de coaseguro que corresponde a la región en donde sea hospitalizado; ambos porcentajes relacionados con la región "Distrito Federal A"

## Regiones de residencia y Coaseguros

Para efectos de tarificación, GNP ha dividido el territorio nacional en doce regiones de residencia habitual de los asegurados.

A cada región le corresponde un coaseguro que será aplicable exclusivamente en el caso de Asegurados que deseen hacer uso del Círculo Médico y los hospitales de la región "Distrito Federal A"

	Región	Coaseguro	Entidades
1	Distrito Federal "A"	0.00%	Distrito Federal y los municipios de: Atizapan de Zaragoza, Naucalpan de Juárez, Tlalnepantla, Cuautitlán Izcalli, Cuautitlán, Tultitlán, Ecatepec, Coacalco, Texcoco, CD. Nezahualcóyotl, Huixquilucan, Nicolás Romero, Los Reyes la Paz, Tecamac y Chimalhuacán.
2	Distrito Federal "B"	13%	Resto del Estado de México, Hidalgo, Querétaro, Morelos y Guerrero.
3	Noreste "B"	17%	Coahuila excepto Torreón, Nuevo León excepto Monterrey, y Tamaulipas excepto Tampico y Ciudad Madero.
4	Noreste "C"	18%	Durango, Tampico, Cd. Madero y Torreón
5	Noreste "M"	7%	Monterrey
6	Noroeste "B"	44%	Baja California Norte y Sur, Chihuahua y Sonora
7	Noroeste "C"	45%	Los Mochis
8	Occidente	18%	Guadalajara, Zapopan, Tlaquepaque y Tonalá
9	Occidente "I"	27%	Colima, Nayarit, Sinaloa (excepto Los Mochis, San Luis Potosí, Zacatecas, Aguascalientes, Michoacán, Guanajuato y Jalisco excepto Guadalajara, Zapopan, Tlaquepaque y Tonalá)
10	Sureste I	24%	Tlaxcala, Oaxaca y Veracruz
11	Sureste II	30%	Yucatán, Campeche, Tabasco (excepto Villahermosa) y Chiapas
12	Sureste III	34%	Quintana Roo excepto Cancún
13	Sureste IV	24%	Puebla
14	Sureste V	30%	Cancún y Villahermosa

# Asistencia Línea Azul

---

## VII. Asistencia Línea Azul

Línea Azul ofrece a todos sus Asegurados el servicio de **Asistencia Línea Azul**, que les permite obtener el máximo beneficio de su Seguro.

Para contar con este servicio, se deben comunicar a los siguientes teléfonos:

5227 3333

01 800 001 9200

Ciudad de México

Sin costo Nacional

A través de **Asistencia Línea Azul**, los Asegurados podrán recibir los siguientes servicios:

### 1. Información sobre la póliza

- Se brinda asesoría telefónica sobre gastos cubiertos, exclusiones y condiciones de la póliza.
- Se da información sobre hospitales y otros proveedores médicos.

Esta información también se puede encontrar en [www.gnp.com.mx](http://www.gnp.com.mx)

### 2. Información sobre procedimientos

- Asesoría y apoyo para tramitar la reclamación.
- Se da información sobre qué formatos llenar y cómo hacerlo, documentación necesaria para presentar la reclamación, lugar y procedimiento para realizar sus trámites, etc.

# ¿Que hacer en caso de reclamación?

---

Usted cuenta ahora con la protección del Seguro de Gastos Médicos por Hospitalización a causa de Accidente o Enfermedad 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:

1. LEA cuidadosamente la sección de condiciones de su póliza. Recuerde que en todo Seguro de Accidentes y Enfermedades, algunos padecimientos NO están cubiertos y otros REQUIEREN de un Periodo de Espera. Cerciórese de saber cuáles son unos y otros. Conocer esta información le evitará confusiones y agilizará los trámites que requiera efectuar.

2. 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.

3. COMUNÍQUESE a los siguientes teléfonos y Asistencia Línea Azul le proporcionará toda la información que usted requiera.

5227 3333  
01 800 001 9200

Ciudad de México  
Sin costo Nacional

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 con hospitalización

---

Si usted y su médico programan una Cirugía o Tratamiento, obtiene grandes beneficios como:

- Conocer con anticipación si su tratamiento está o no cubierto.
- 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 del plan.

Llame a Asistencia Línea Azul, donde le informarán sobre especialistas del Círculo Médico y de los hospitales en convenio con GNP.

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

- 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.

2. Entregue la documentación, al menos CINCO DÍAS HÁBILES antes de su Cirugía en el Departamento de Servicios de Programación de Cirugías 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 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 del rechazo.

5. 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

De esta manera, nosotros cubrimos los gastos por usted.

6. 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.

7. Si por alguna razón, usted ya pagó por la cirugía o tratamiento, consulte la Sección de Reembolso.

# Reembolso

---

Este sistema aplica cuando usted ha pagado directamente a los prestadores de servicios médicos para cubrir gastos originados por un accidente o enfermedad 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), facturas de farmacia con receta, estudios de laboratorio y gabinete y otros gastos erogados dentro del hospital. 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 tal situación se deberá especificar el nombre del paciente.
2. Llenar y presentar firmados (por el Asegurado afectado 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 y obtenga una fotocopia del Expediente Clínico del Hospital. Adjunte estos documentos a su reclamación.
4. Entregar 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 copia 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 límite que contrató. Asimismo, si fuera el caso, Grupo Nacional Provincial le informará el motivo por el cual su reclamación fue rechazada.