

Aviso de accidente

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

Lugar		Fecha		
		día	mes	año

Of.	Póliza No.	Nombre del Contratante (grupo, colectividad o escuela a la que pertenece)		
Nombre del asegurado principal				No. de certificado
Apellido paterno		Apellido materno	Nombre(s)	

Datos del asegurado afectado

Nombre del asegurado afectado			Sexo	Fecha de nacimiento		
Apellido paterno		Apellido materno	Nombre(s)	día	mes	año
				<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	

Domicilio

Calle			No. exterior	No. interior	
Colonia				C.P.	
Municipio o delegación	Ciudad o población	Entidad federativa	País	clave lada	Teléfono

Indique el motivo de la reclamación				Fecha en que ocurrió el accidente			
<input type="checkbox"/> Muerte Accidental	<input type="checkbox"/> Gastos Médicos	<input type="checkbox"/> Pérdidas Orgánicas	<input type="checkbox"/> Gastos Funerarios	<input type="checkbox"/> Indemnización diaria	día	mes	año

Detállese cómo ocurrió el accidente

Causa del accidente							
<input type="checkbox"/> Caída	<input type="checkbox"/> Actos de violencia	<input type="checkbox"/> Acc. de trabajo	<input type="checkbox"/> Envenenamiento	<input type="checkbox"/> Acc. Deportivo	<input type="checkbox"/> Acc. de Tránsito	<input type="checkbox"/> Otro	
Hora en que ocurrió el accidente		Lugar del accidente					
		<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Escuela	<input type="checkbox"/> Vía Pública	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Viaje	<input type="checkbox"/> Otro

Especificar si el accidente ocurrió en uno de los siguientes casos:			
<input type="checkbox"/> Vehículo público que no sea aéreo	<input type="checkbox"/> Ascensor para servicio público	<input type="checkbox"/> Incendio de cualquier teatro, hotel u otro edificio público	
Fecha 1ª Consulta	Si estuvo hospitalizado, indique el nombre del Hospital		
día	mes	año	No. de días que estuvo hospitalizado

Nombre y dirección de los médicos que lo han atendido por el padecimiento objeto de esta reclamación	

Número de acta del Ministerio Público

Reclamaciones previas que la persona afectada ha presentado con la compañía

No. de reclamación	Causa o motivo

Autorizo al hospital y al (los) doctor(es) que me atiende(n) a proporcionar copia de la historia clínica e información médica que sea solicitada por Grupo Nacional Provincial, S.A.B. en relación con la presente reclamación.

Firma del Asegurado afectado

Favor de anexar a este cuestionario el "Informe Médico" y, en caso de fallecimiento del asegurado, la "Declaración del Fallecimiento".

Sólo llenar en caso de SIGA Productivo y Siga Profesionales			
Parentesco con el asegurado principal	Fecha de ingreso a la empresa o colectividad	día mes año	Ocupación al ingresar al grupo o colectividad asegurada
Ocupación actual/última ocupación			
Describa las labores que desempeña			Sueldo mensual
Fecha en que dejó de trabajar	día mes año	Causa por la que dejó de trabajar	Indicar incrementos que tuvo el aseg. durante el último año, para efectos de calcular S.A., cuando ésta haya sido contratada en base a sueldo.
Nombre y cargo de la persona que firma como contratante		Sueldo anterior	Fecha de incremento día mes año
		Incremento	
		Firma del contratante	
Sólo llenar en caso de SIGA Profesionales			
¿Cuál es su horario de trabajo?		¿Qué actividad estaba realizando?	
En caso de estar autorizada esta actividad por la empresa, especifique por quién			
Sólo llenar en caso de SIGA Viajeros (Corto plazo o temporal)			
Mencione la ciudad, estado y país donde ocurrió el accidente			
Sólo llenar en caso de SIGA Deportistas			
Cuando ocurrió el accidente usted se encontraba en:			
<input type="checkbox"/> Competencia <input type="checkbox"/> Entrenamiento <input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____			
Tipo de práctica		¿Qué deporte estaba practicando?	
<input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Amateur			
Lugar destinado para la práctica del deporte			
Horario y días a la semana destinados para la práctica del deporte			
En caso de buceo, indique profundidad a la que se encontraba			
Sólo llenar en caso de SIGA Escolares			
Nombre de la escuela		Clave	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Alumno
En caso de tratarse de un alumno, indique turno, no. de matrícula y escolaridad (grado y grupo)			
Turno: _____ Matrícula: _____ Grado y grupo: _____			
En caso de alumnos, indique el nombre del padre o tutor			
Datos Personales y Consentimiento para su tratamiento:			
<p>Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., el cual contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles. Asimismo, se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página de internet www.gnp.com.mx Por lo anterior:</p> <p style="text-align: center;">Sí No</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Consiento y autorizo dicho tratamiento</p>			
En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares de datos, reconozco mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.			
_____		_____	
Firma del Padre o Tutor		Firma y sello del representante de la escuela	
Sólo en caso de RGM. Indicar a nombre de quién deberá expedirse el cheque:			