

PÓLIZA GMM

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA (UAM)

VIGENCIA DEL 1 DE JULIO DE 2022 AL 30 DE JUNIO DE 2025



¿Qué es una póliza de Gastos Médicos Mayores?

Es un beneficio que cubre a la población asegurada, así como a su cónyuge (esposa(o) o compañero (concubino(a) e hijos hasta los 21 años de edad y en caso de que se encuentren estudiando hasta los 25 años de edad (presentando la constancia de estudios), ante la eventualidad de un accidente o enfermedad que requiera tratamiento médico, cirugía u hospitalización.

Es importante considerar

El seguro funciona a partir de que exista un **Diagnóstico Definitivo**. Este debe ser emitido por el médico tratante, mismo que debe tener cédula profesional y los gastos deben rebasar el deducible contratado.

- **Suma asegurada básica:** Es la prestación a cargo de la institución. \$ 1,100,000.00

- **Suma asegurada potenciada:** Es la suma asegurada en exceso, la cual es elegida por el Asegurado titular, y cuya prima será cubierta por él a través de descuento en nómina quincenalmente.

Sumas de Potenciación

NIVELES	SUMA CONTRATADA	POTENCIACIÓN DE SUMA ASEGURADA	SUMA ASEGURADA TOTAL
NIVEL 1	\$1,100,000.00	\$2,000,000.00	\$3,100,000.00
NIVEL 2	\$1,100,000.00	\$3,000,000.00	\$4,100,000.00
NIVEL 3	\$1,100,000.00	\$4,000,000.00	\$5,100,000.00
NIVEL 4	\$1,100,000.00	\$5,000,000.00	\$6,100,000.00
NIVEL 5	\$1,100,000.00	\$6,500,000.00	\$7,600,000.00

El plazo para solicitar la potenciación de suma asegurada, será de 90 días para personal activo a partir del inicio de vigencia y 30 días para el personal de nuevo ingreso a partir de la fecha de alta en el seguro.

¿Quiénes tienen derecho a la Póliza de Gastos Médicos Mayores?

- A. Personal de tiempo completo y medio tiempo contratado por tiempo indeterminado.
- A. Personal de tiempo completo y medio tiempo contratado por tiempo determinado (temporal), con una antigüedad de al menos tres años cumplidos.
- A. Los cónyuges - esposo(a) o compañero(a) (concubino (a) e hijos hasta 21 años de edad y en caso de que se encuentren estudiando (Nivel Universidad) hasta los 25 años de edad, es necesario presentar constancia de estudios vigente.

Condiciones de Póliza

SUMA ASEGURADA (BÁSICA)	\$1,100,000.00 M.N.
DEDUCIBLE	SEGÚN NIVEL HOSPITALARIO
COASEGURO	SEGÚN NIVEL HOSPITALARIO
TOPE DE COASEGURO	SEGÚN NIVEL HOSPITALARIO
EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO	50,000.00 DLLS
DEDUCIBLE EN EL EXTRANJERO	50 DLLS
PARTO Y/O CESÁREA	35,000.00 M.N. (SIN DEDUCIBLE, SIN COASEGURO, CON PERIODO DE ESPERA DE 10 MESES)

Aplicación de Deducible y Coaseguro



APLICACIÓN DE DEDUCIBLES Y COASEGUROS			
HOSPITAL	TIPO DE SERVICIO	DEDUCIBLE	COASEGURO
HOSPITAL MÉDICA SUR	MÉDICO DE RED	\$0.00	10% MÁXIMO \$10,000.00
	MÉDICO FUERA DE RED	\$10,000.00	10% MÁXIMO \$10,000.00
	ACCIDENTE	\$0 MED RED / \$10 MIL OTRO CASO	NO APLICA
	ACCIDENTE DE TRABAJO	NO APLICA	NO APLICA
HOSPITAL NIVEL 0	MÉDICO DE RED	\$0.00	10% MÁXIMO \$10,000.00
	MÉDICO FUERA DE RED	\$0.00	10% MÁXIMO \$10,000.00
	ACCIDENTE	\$1,500.00	NO APLICA
	ACCIDENTE DE TRABAJO	NO APLICA	NO APLICA
HOSPITAL NIVEL I	MÉDICO DE RED	\$6,000.00	10% MÁXIMO \$10,000.00
	MÉDICO FUERA DE RED	\$10,000.00	10% MÁXIMO \$10,000.00
	ACCIDENTE	\$1,500.00	NO APLICA
	ACCIDENTE DE TRABAJO	NO APLICA	NO APLICA
HOSPITAL NIVEL II	MÉDICO DE RED	\$10,000.00	20% MÁXIMO \$30,000
	MÉDICO FUERA DE RED	\$14,000.00	20% MÁXIMO \$30,000
	ACCIDENTE	\$3,000.00	NO APLICA
HOSPITAL NIVEL III Y/O FUERA DE RED	MÉDICO DE RED	\$20,000.00	30% MÁXIMO \$40,000.00
	MÉDICO FUERA DE RED	\$30,000.00	30% MÁXIMO \$40,000.00
	ACCIDENTE	\$6,000.00	10% MÁXIMO \$9,000.00

¿Cómo aplica la póliza en caso de Accidente de Trabajo?

Aplica de acuerdo a las condiciones de la póliza, el asegurado deberá comprobar que fue accidente de trabajo entregando la incapacidad y/o escrito por parte de la UAM donde indique el motivo del accidente y se especifique que fue en horario laboral.

Si se atiende con hospital de **Nivel I**, no aplica deducible ni coaseguro.

¿Cómo aplica la póliza en caso de Accidente?

El deducible y coaseguro aplican de acuerdo al Nivel Hospitalario donde se atienda el asegurado.

Hospitales Con beneficio de Pago Directo *Eliminación de deducible*

- Centro Médico Dalinde

- Grupo San Ángel Inn
 - San Ángel Inn Chapultepec
 - San Ángel Inn Patriotismo
 - San Ángel Inn Sur
 - San Ángel Inn Universidad

Nota: Aplica en hospitalización y siempre y cuando la estancia sea mayor a 24 horas.



Es un hospital de alta tecnología con más de 40 años de experiencia, es el primer hospital en el continente americano en recibir el Premio Europeo a las Mejores Prácticas. Ha sido calificado como el Mejor Hospital de México desde el 2021 a la fecha.

Además cuenta con costos altamente competitivos considerando su tecnología de punta.

Beneficios que podrá otorgar Médica Sur a los asegurados de la UAM.

- Personal de acompañamiento exclusivo
- Eliminación del depósito en garantía
- Estacionamiento de cortesía por 48 horas.
- Upgrade sin costo adicional (sujeto a disponibilidad)
- Menú de cortesía para acompañante de pacientes hospitalizados

Beneficios al descargar la App Médica Sur:

- Cada vez que pagues como **paciente particular** en las áreas de Hospital, Servicios Clínicos, Diagnóstico y Laboratorio, podrás generar puntos paciente y posteriormente remitirlos dentro de las áreas mencionadas.

MEDICA SUR

CIUDAD DE MÉXICO - TLALPAN

- ☐ 55 54247200
- ☐ WhatsApp: 5531499781 *
- ☐ * Solo aplica para atención de pacientes hospitalizados
- ☐ Puente De Piedra #150, Col. Toriello Guerra, Cp. 14050
- ☐ Horario de Atn.: L a V 8:00 a 20:00 - S y D 9:00 a 17:30

Nota: este Hospital cuenta con Módulo de GNP al interior de sus instalaciones

Hospitales Sin beneficio de Pago Directo

- ❑ Hospital Ángeles Roma (a partir del 30 de septiembre de 2018)
- ❑ Sanatorio Trinidad (a partir del 30 de septiembre de 2018)
- ❑ Hospital Torre Médica (a partir del 30 de septiembre de 2018)
- ❑ Hospital CAMI (a partir del 11 de marzo de 2020)
- ❑ Hospital de especialidades Bosques de Aragón (a partir del 11 de marzo de 2020)
- ❑ Centro Médico San Diego (a partir del 11 de marzo de 2020)
- ❑ Hospital Multimédica Norte (a partir de 10 de noviembre de 2021)
- ❑ Hospital Atenas (a partir de 26 junio de 2022)
- ❑ Sanatorio Durango (a partir del 18 de agosto de 2023)
- ❑ Hospital MAG Medical Group (a partir de 25 de septiembre de 2023)
- ❑ Hospital Elizur (a partir de abril 2024)

Nota: Aplican como hospital fuera de red, con nivel 3, sólo con pago vía Reembolso



Gastos Cubiertos



- Honorarios de los médicos tratantes.
- Gastos de hospitalización.
- Cama extra para un acompañante durante la hospitalización.
- Terapia intensiva.
- Medicamentos suministrados dentro y fuera del hospital.
- Transfusiones.
- Provisión de oxígeno.
- Renta de equipo tipo hospital.
- Atención de enfermera.
- Consultas pre y post operatorias.
- Estudios de laboratorio y gabinete correspondiente (se cubrirán siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo y la enfermedad o accidente esté cubierto en la póliza).
- Prótesis y aparatos ortopédicos por accidente y enfermedad cubierta.

- Las prótesis dentales quedan cubiertas únicamente a consecuencia de un accidente cubierto por el seguro y siempre y cuando se afecten piezas dentales naturales.
- Las prótesis mamarias quedarán cubiertas solo que sean necesarias y a consecuencia de cáncer de mama (topadas a un sublímite de \$100,000.00).
- Gastos de ambulancia terrestre dentro de la república mexicana, en caso estrictamente necesario y por indicación del médico tratante
- Parto y/o cesárea (por un monto máximo de \$ 35,000.00).
- Preexistencia (para asegurados de nuevo ingreso, todos los padecimientos preexistentes estarán cubiertos por la aseguradora y tendrán un sublímite máximo de responsabilidad de \$250,000.00).
- Emergencia en el extranjero.
- Cirugías de nariz y/o senos paranasales y cirugía reconstructiva solo que deriven de un accidente o enfermedad.

Gastos No Cubiertos



Los principales gastos que no están cubiertos son los siguientes:

- Cualquier gasto posterior al diagnóstico médico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). salvo, que haya transcurrido el periodo de espera (5 años).
- Acompañantes en el traslado del asegurado con paciente, ni la gestión administrativa en hospitales nacionales o extranjeros.
- Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de hallux valgus (juanetes).
- Peluquería, barbería, pedicurista, así como el alquiler de aparatos o servicios para comodidad personal.
- Tratamientos estéticos y de calvicie.
- Tratamientos dietéticos, de obesidad y complementos vitamínicos y en general de todas aquellas con fines cosméticos o de apariencia.
- Curas de reposo, exámenes médicos o estudios de cualquier tipo para comprobar el estado de salud.
- Adquisición de anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos ni lentes intraoculares.

- ❑ Compra o renta de zapatos ortopédicos.
- ❑ Tratamientos dentales, alveorales, gingivales o maxilofaciales no indispensables y sus complicaciones cualquiera que sea su naturaleza u origen.
- ❑ Tratamientos de infertilidad, control natal, impotencia sexual, ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus orígenes.
- ❑ Tratamientos médicos y/o quirúrgicos para corregir la presbicia, miopía, presbiopía, hipermetropía, astigmatismo o estrabismo, queratomía radiada, queratomileusis y epiqueratofaquia.
- ❑ Honorarios médicos cuando el médico sea familiar directo (padres, hermanos, hijos y cónyuge) del asegurado o el mismo asegurado.
- ❑ Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes en la fecha de contratación de esta póliza, sin importar la naturaleza o causa de la reposición, salvo aquellos que médicamente sean necesarios y que se requieran a causa de un accidente.
- ❑ Tratamientos para corregir alteraciones del sueño.

- Tratamientos realizados por acupunturistas, naturistas, vegetarianos y aquellos basados en hipnotismo y quelaciones.
- Tratamientos experimentales o de investigación.
- Padecimientos resultantes del intento de suicidios y/o mutilación voluntaria, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental.
- Padecimientos resultantes de actos delictivos intencionales cometidos por el asegurado.
- 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 profesional de cualquier deporte
- Padecimientos resultantes de la participación del asegurado en competencias, entrenamientos, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- Padecimientos resultantes de la práctica de box, lucha libre o greco romana, charrería, tauromaquia, deportes aéreos, alpinismo, paracaidismo, espeleología, cacería y rapel aun cuando se practiquen de manera amateur u ocasional.

¿Cómo hacer uso de tu póliza?

1.- Programación

- Cirugía
- Medicamentos
- Estudios

2.- Reporte Hospitalario (Pago Directo)

- Aplica con hospital en convenio y estancia hospitalaria mayor a 24 horas.

3.- Reembolso

- Presentando los comprobantes (facturas) de los gastos realizados.

Programación



Beneficios:

1. Usted o su médico pueden hacer la reservación oportunamente en el hospital.
2. Comprobar la disponibilidad y el uso de las instalaciones hospitalarias.
3. Conocer con anticipación si tu tratamiento está o no cubierto.
4. No desembolsar cantidad alguna de los gastos procedentes ya que su seguro paga directamente al hospital y los especialistas en convenio.
5. Beneficio de programar medicamentos y/o estudios que son constantes, a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubiertos por la póliza.

Para lo cual deberá presentar:

- Aviso de Accidente y/o enfermedad
- Informe Médico (Con diagnóstico definitivo)
- El informe médico debe indicar el procedimiento a realizar por parte del médico tratante, en caso de medicamento se requiere presentar receta médica
- Estudios que corroboren diagnóstico

Reporte Hospitalario (Pago Directo)



Este proceso consiste cuando el asegurado ingresa directamente al hospital, mismo que debe de estar en convenio con GNP para obtener el beneficio de pago directo.

Al ingresar al hospital en convenio es necesario se identifique como asegurado de Grupo Nacional Provincial.

El acudir a cualquier hospital en red ayudará al asegurado a no desembolsar el costo del internamiento (Para aplicar el pago directo la estancia del asegurado en el hospital debe ser mayor a 24 horas) en caso de que no se cumpla este periodo, el asegurado deberá realizar el pago y los gastos pueden ingresarse por medio de reembolso.

Reembolso



Para llevar a cabo el reembolso es necesario presentar la siguiente información:

1. Formato de informe médico (aplica para las reclamaciones iniciales, este formato deberá actualizarse cada 6 meses).
 2. Formato de reembolso.
 3. Formato de aviso de accidente o enfermedad.
 4. Formato único de información bancaria (aplica para trámites iniciales).
 5. Copia de identificación oficial vigente con fotografía.
 6. Encabezado del estado de cuenta donde se refleje:
 - Nombre del titular de la cuenta
 - Institución financiera
 - Cuenta clave.
1. Facturas a nombre del titular (desglosadas por costos unitarios)
 2. Interpretación de los estudios que corroboran el diagnóstico

Nota: una vez entregada información completa y correcta, el tiempo de respuesta será de 7 días hábiles.

¿Necesitas ayuda o tienes dudas?



GNP pone a su disposición la Línea telefónica exclusiva, donde podrán orientarle en cualquier duda.



Ejecutivos por Unidad



UNIDAD	NOMBRE	CORREO	CELULAR
UAM-AZCAPOTZALCO	FERNANDO ANDRÉS DOMÍNGUEZ	fernando.andres@gnp.com.mx	55 7990 4759
UAM-CUAJIMALPA	MARCO EDUARDO RAMOS VICENTENO	marco.ramos@gnp.com.mx	56 41853466
UAM-IZTAPALAPA	MORALES PIÑÓN ERIKA	erika.morales@gnp.com.mx	55 8004 7016
UAM-LERMA	VIDAL CAMACHO MAURICIO	mauricio.vidal@gnp.com.mx	55 8004 5360
UAM-XOCHIMILCO	ALEJANDRA SILVA JÁCOME	alejandra.silva@gnp.com.mx	557990 4758
RECTORÍA GENERAL	ZAIRA LIZBETH HERNÁNDEZ SÁNCHEZ	zaira.sanchez@gnp.com.mx	55 4448 1242

¿Qué rubros debo de llenar en mi solicitud de reembolso?



Todos los campos son importantes, pero se debe cuidar en especial los que se indican a continuación

Documento para uso exclusivo de la Inspección

Póliza No.

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		
		da	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		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		
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 adicional		
III. Datos del contratante (en caso de ser distinto al Asegurado titular)				
Nombre o razón social		Código cliente (si cuenta con el)		
IV. Datos del reembolso				
Línea Azul Certiza				
Si no está asegurado con este plan favor de continuar en el apartado de Detalles del reembolso				
En caso de contar con este plan, especifique la(s) cobertura(s) que desea afectar, en caso de no hacerlo o de que su selección no sea la más apropiada, de manera automática se tramitarán todas las coberturas que sí proceden:				
<input type="checkbox"/> Enfermedades Graves (de estar seleccionada esta opción, deberá llenar además el siguiente apartado "Detalle del reembolso") <input type="checkbox"/> Procedimientos Quirúrgicos <input type="checkbox"/> Hospitalización				
IMPORTANTE: Podrá consultar el detalle de las enfermedades y procedimientos quirúrgicos amparados bajo estas coberturas en sus condiciones Generales, en nuestra página de internet www.gnp.com.mx o bien, comunicarse a Asistencia Línea Azul a los teléfonos 5227 3333 desde la Ciudad de México o al 01 800 001 3200 sin costo desde el interior de la República.				
Solo en caso de tener indemnización diaria por accidente y enfermedad, indique fecha de incapacidad:				
		da	mes	año
Detalle del reembolso				
Concepto		Importe de gastos presentados		
1. Gastos extra fuera del hospital (Medicamentos, análisis, radiografías, estudios, etc.)				
2. Honorarios médicos por consultas				
3. Gastos por hospitalización				
4. Honorarios médicos por intervención quirúrgica (honorarios del cirujano, anestesia y anestesiada)				
5. Otros gastos (especifique)				
Nota: El total de gastos presentados, debe coincidir exactamente con la suma de los comprobantes respectivos, procurando presentar éstos en el mismo orden de los conceptos.		Total		
V. Lugar donde recibió la atención				
Municipio o delegación		Población y/o estado		

1

Nº de póliza

2

Nombre del asegurado titular

3

Nombre del asegurado afectado

4

Padecimiento y/o número de reclamación

5

Desglose de gastos y suma total

VI. Instrucciones del pago-finiquito via transferencia electrónica	
Seleccione y registre el nombre y RFC de la persona a la que deberá efectuarse el pago.	
<input type="checkbox"/> Asegurado titular/Participante <input type="checkbox"/> Asegurado afectado/Participante (sólo si es mayor de edad) <input type="checkbox"/> Padre, Madre o Tutor (sólo si el Asegurado/Participante afectado es menor de edad)	
Apellido paterno	Apellido materno
Nombre(s)	R.F.C. letras año mes día hora/día/mes/año
Correo electrónico para notificaciones de pago (Asegurado)	Correo electrónico para notificaciones de pago (Agente/Administrador de Riesgos)
*En aquellos casos en los que se trate de un Contrato en la que el Asegurado afectado/Participante sea un menor de edad, indique en el siguiente espacio el tipo de parentesco. Así mismo, anexe el formato de identificación del cliente, copia de su identificación oficial, copia de su comprobante de domicilio y el (los) documento(s) correspondiente(s) que acredite(n) que se trata del padre, madre o tutor del menor.	
Parentesco con el Asegurado afectado/Participante <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor	
1. Si está solicitando por primera vez el reembolso de gastos médicos mayores con GNP, deberá entregar junto con el presente documento el formato único de información bancaria para pago via transferencia electrónica debidamente llenado.	
2. Si no es la primera vez que tramita reembolso de gastos médicos mayores con GNP y tiene más de una cuenta de pago registrada en GNP Indique los últimos 4 dígitos:	
<input type="checkbox"/> Cuenta CLABE _____	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Débito _____	
<input type="checkbox"/> Monedero Electrónico GNP _____	
NOTA: En caso de no indicar la información solicitada, el pago se realizará a la cuenta en la que se depositó el último reembolso.	
3. En caso de rechazo bancario notificar a:	
Agente	Teléfono de Contacto: _____
Beneficiario del pago	Teléfono de Contacto: _____
_____ 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.	

1

Nombre del beneficiario y RFC.

2

Últimos cuatro dígitos de la cuenta dada de alta en el formato único de información bancaria

3

Firma del titular.

¿Cómo llenar el formato único de información bancaria?



Este documento solo se entrega por única ocasión, en caso de cambio de cuenta preferente deberá de renovar dicho formato.

Nombre de beneficiario. Solo se dará de alta al titular de la póliza o afectados mayores de 18 años.



Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco
c.p. 04200, México D.F. Tel. 5227 3999. www.gnp.com.mx

Dirección completa

Formato Único de Información Bancaria para pago vía Transferencia Electrónica				Codigo de Filiación (Uso exclusivo de GNP)	
Seleccione la opción de acuerdo al trámite que desea realizar (Puede seleccionar ambas opciones si lo requiere)					
<input type="checkbox"/> Alta de cuenta (Registrar la información de la sección I y II)			<input type="checkbox"/> Baja de cuenta (Registrar la información de la sección I y III)		
I. Información General					
Nombre o Razón Social del Titular de la Cuenta Bancaria (Se deberá escribir conforme aparece en el estado de cuenta bancario)					
Domicilio Fiscal del Titular de la Cuenta Bancaria					
Calle		No. exterior	No. interior	Colonia	C.P.
Municipio o delegación	Ciudad o población	Entidad federativa		Teléfono de contacto (Casa/oficina) Ext.	
Teléfono de contacto (Móvil)		R. F. C. del Titular de la Cuenta bancaria		CURP	
II. Alta de cuentas bancarias					
Seleccione una de las siguientes opciones de pago y registre la información solicitada en la sección correspondiente:					
Opción					
A	<input type="checkbox"/> Cuenta CLABE	Realizar los pagos a una cuenta CLABE de 18 dígitos que aparece en el estado de cuenta impreso o que es proporcionada en cualquier sucursal de su banco.			
B	<input type="checkbox"/> Número de Tarjeta	Realizar el pago a una Tarjeta de Débito con el número del plástico de 16 dígitos y el banco al que pertenece			

1

1

1

RFC.

1

Es requisito indispensable elegir una opción y anexar documento que avale dicha información.

2

No olvides firmar el formato

La entrega del presente documento con la presente garantiza la autorización del pago solicitado.

III. Baja de cuentas bancarias
 Indique el tipo de cuenta y los últimos cuatro dígitos del número de cuenta bancaria que desea dar de baja:

Cuenta CLABE Tarjeta de Débito Monedero Electrónico GNP

Solicito y autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del Contrato de Seguro celebrado con esta Aseguradora, sea cubierto a través de la opción seleccionada en la Sección II. Alta de cuentas bancarias de este formato.

Al efectuarse el pago por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones generales de la póliza, se otorga a favor de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome derecho o acción de ningún tipo que ejercitar en su contra y desistiéndome en su caso de las ya intentadas o iniciadas.

Asimismo, estoy de acuerdo y autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., a retirar de la cuenta bancaria que proporciono en este formato, cualquier cantidad transferida indebidamente por la aseguradora a mi cuenta.

Nombre y Firma del Titular de la cuenta bancaria o representante legal de la empresa

Anexar al Formato los documentos correspondientes

<p>Persona física:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia del encabezado del estado de cuenta bancario donde se pueda identificar el nombre del Titular y número de cuenta correspondiente o documento formal emitido por la institución bancaria en el que se acredite la titularidad de la cuenta a la que va a realizarse la transferencia • Copia de la identificación oficial vigente. 	<p>Persona moral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia del encabezado del estado de cuenta bancario donde se pueda identificar el nombre del Titular y número de cuenta correspondiente o documento formal emitido por la institución bancaria en el que se acredite la titularidad de la cuenta a la que va a realizarse la transferencia. • Copia del Acta Constitutiva de la empresa • Copia de la cédula fiscal de la razón social • Copia de la identificación oficial vigente del representante legal. <p>En caso de que su representación obre en una escritura diferente al acta constitutiva, anexar copia del poder del representante legal.</p>
--	---

111101/01/01

Anexar al Formato los documentos correspondientes

Persona física:

- Copia del estado de cuenta bancario donde se pueda identificar el nombre del Titular y número de cuenta correspondiente o documento formal emitido por la institución bancaria en el que se acredite la titularidad de la cuenta a la que va a realizarse la Transferencia
- Copia de la identificación oficial vigente.

2

Recuerda anexar copia de los siguientes puntos

Vivir es increíble®