

En caso de solicitar el cobro de alguna de las coberturas amparadas en tu **Póliza de Vida Grupo GNP** o **GNP Empresarial COVID-19**, valida si existe un proceso específico de entrega de documentos en tu **empresa** o **asociación**, contacta vía correo electrónico a tu figura de servicio o realiza los siguientes pasos:

1. Comunícate a nuestra línea única de atención a clientes.

**Línea GNP** 55-5227-9000

Ten a la mano la siguiente información:

- Número de Póliza y nombre del Asegurado.
- Datos de la persona que reporta el siniestro.
- Causa del siniestro o motivo de reporte (fallecimiento, invalidez, muerte accidental o pérdidas orgánicas).
- Fecha del siniestro o fin de la vigencia de la Póliza.

2. Para continuar, sube la siguiente documentación a través del **Centro de Atención GNP- Virtual** según tu tipo de trámite.

## Trámites por Fallecimiento

Coberturas	Documentos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fallecimiento (<b>Fall</b>)</li> <li>• Cobertura Conyugal (<b>CCON</b>)</li> <li>• Cobertura Adicional Doble Efecto (<b>CADE</b>)</li> </ul>	<b>1. Formato de Declaración de siniestro para el Seguro de Vida Grupo.</b> Firmado por los Beneficiarios y el Contratante (representante legal o persona autorizada, anexando su identificación oficial). Original
	<b>2. Formato de identificación del cliente e Información para pago.</b> Debidamente requisitado y firmado por los Beneficiarios. Original
	<b>3. Estado de cuenta bancario de los Beneficiarios.</b> Con vigencia no mayor a 3 meses en el que se visualice la CLABE. Copia
	<b>4. Identificación oficial de los Beneficiarios.</b> INE, cédula profesional o pasaporte vigente. Copia
	<b>5. Acta de Defunción</b> (copia certificada). Copia
	<b>6. Último recibo de nómina del Asegurado.</b> Con vigencia no mayor a 15 días. En caso no contar con último recibo de nómina deberás presentar copia de baja al IMSS o su equivalente y último recibo de nómina. Copia
	<b>7. Documentación para comprobar parentesco y edad.</b> Puede ser alguno de los siguientes documentos: acta de nacimiento del Asegurado o Beneficiario, acta de matrimonio, comprobante de concubinato emitido por un juez de lo familiar. Copia
	<b>8. Comprobante de domicilio.</b> Con vigencia no mayor a 3 meses. En caso que el domicilio plasmado en el formato de declaración no coincida con la identificación oficial o con el estado de cuenta bancario. Original y copia
	<b>9. Consentimiento de Grupo.</b> Debidamente requisitado y firmado por el Asegurado. Original
	<b>10. Identificación oficial del Asegurado.</b> Copia legible y cotejada. Original

Coberturas	Documentos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indemnización por Servicios Funerarios (<b>ISEF</b>)</li> <li>• Cláusula de Últimos Gastos (<b>CUG</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se deberán entregar los documentos especificados en los puntos <b>1, 2, 3, 4, 6, 8, 9 y 10</b> y adicional:</li> </ul> <b>Indemnización por Servicios Funerarios</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los puntos <b>5 y 7</b> de este documento.</li> <li>• Comprobante de la liquidación del servicio funerario del Asegurado.</li> </ul> Original y copia
	<b>Cláusula de Últimos Gastos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado médico de defunción.</li> </ul> Copia

Coberturas	Documentos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cláusula de Enfermedades Terminales (<b>SEV</b>)</li> <li>• Cobertura Adicional de Indemnización por Enfermedades Graves (<b>SIEG</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se deberán entregar los documentos especificados en los puntos <b>1, 2, 3, 4, 6, 8, 9 y 10</b> y adicional:</li> </ul> <b>Cláusula de Enfermedades Terminales</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dictamen de invalidez o pérdida orgánica</b> IMSS: ST-1 o ST-3 o ST-4 ISSSTE: RT-09 <b>SSA o si no pertenece a ninguna:</b> historia clínica completa con estudios de laboratorio (o de imagen que corroboren el diagnóstico).</li> </ul> Original
	<b>Indemnización por Enfermedades Graves</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumen médico y resultados de los estudios que confirmen el diagnóstico.</li> <li>• El punto <b>4, 5, 7, y 9</b> de este documento.</li> </ul> Validar por punto
	<b>Solo aplica para doble pago por COVID (producto GNP Empresarial COVID-19)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Resultado positivo de la prueba de PCR o antígeno.</b></li> <li>• <b>Nota de egreso del hospital</b> para atender pacientes con COVID-19: la cual debe contener fechas y diagnóstico de ingreso y egreso, manejo durante la estancia hospitalaria (evolución durante la estancia hospitalaria, tratamiento que se le brindó en la estancia hospitalaria y estado actual), esta debe venir con los datos del médico tratante (nombre, firma, cédula profesional).</li> </ul> Copia

Coberturas	Documentos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muerte Accidental* (<b>MA</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se deberán entregar los documentos especificados en los puntos <b>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10</b> y adicional:</li> </ul> Validar por punto
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Actas del Ministerio Público</b> en original y copia certificada, en dicha actas debe informarse cómo, cuándo y dónde sucedió el accidente, informe de la necropsia de ley, así como estudio químico-toxicológico y de alcoholemia.</li> </ul> Original
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Conclusiones periciales de tránsito terrestre</b> en caso de accidente vial. La certificación debe ser por parte del Ministerio Público.</li> </ul> Original

\* Accidente, homicidio o suicidio.

Coberturas	Documentos	
Para todas las coberturas de: • Invalidez • Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas	<b>A. Formato de Declaración de siniestro para el Seguro de Vida Grupo</b> Firmado por los Beneficiarios y el Contratante (representante legal o persona autorizada, anexando su identificación oficial).	Original
	<b>B. Formato de identificación del cliente e Información para pago</b> Debidamente requisitado y firmado por los Beneficiarios.	Original
	<b>C. Estado de cuenta bancario de los Beneficiarios</b> con vigencia no mayor a 3 meses en el que se visualice la CLABE.	Copia
	<b>D. Último recibo de nómina del Asegurado</b> con vigencia no mayor a 15 días. En caso no contar con último recibo de nómina debe presentar copia de baja al IMSS o su equivalente y último recibo de nómina con el que cuenten.	Copia
	<b>E. Comprobante de domicilio</b> con vigencia no mayor a 3 meses. En caso que el domicilio plasmado en el formato de declaración no coincida con la identificación oficial o con el estado de cuenta bancario.	Original y copia
	<b>F. Identificación oficial del Asegurado</b> Copia legible y cotejada.	Copia

### Trámites por Invalidez

Coberturas	Documentos	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cobertura Adicional por Invalidez Total y Permanente (<b>CAI</b>)</li> <li>Pago Anticipado de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente (<b>CAIA</b>)</li> <li>Cobertura Adicional de Pago anticipado por Invalidez Parcial y Permanente por Accidente (<b>CAIP</b>)</li> <li>Exención de Pago de Primas (<b>BIT</b>)</li> <li>Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente con Suma Asegurada Creciente (<b>BITC</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para las coberturas de invalidez aplican todos los puntos de la <b>A</b> a la <b>F</b> de este documento y adicional:</li> </ul>	Validar por punto
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Dictamen de invalidez o Pérdida Orgánica</b>  <b>IMSS:</b> ST-1 o ST-3 o ST-4  <b>ISSSTE:</b> RT-09  <b>SSA o si no pertenece a ninguna:</b> Historia clínica completa con estudios de laboratorio o de imagen que corroboren el diagnóstico.</li> </ul>	Original
	<p><b>Adicional aplica solo para</b> <i>Exención de Pago de Primas y Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente con Suma Asegurada Creciente.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Consentimiento de Grupo</b>            Debidamente requisitado y firmado por el Asegurado.</li> </ul>	Original

### Trámites por Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas

Coberturas	Documentos	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pago por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (<b>IMA</b>)</li> <li>Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas Doble Pago (<b>IMADP</b>)</li> <li>Indemnización por Pérdidas Orgánicas (<b>PORG</b>)</li> <li>Pago por Pérdidas Orgánicas Colectiva (<b>POC</b>)</li> <li>Pago por Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas Colectiva (<b>IMAC</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para las coberturas de Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas aplican todos los puntos de la <b>A</b> a la <b>F</b> de este documento y adicional:</li> </ul>	Validar por punto
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Original y copia certificada de las actas del Ministerio Público</b>, en dicha actas debe informarse cómo, cuándo y dónde sucedió el accidente, informe de la necropsia de ley, así como estudio químico- toxicológico y de alcoholemia.</li> </ul>	Original
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Dictamen de invalidez o pérdida orgánica</b>  <b>IMSS:</b> ST-1 o ST-3 o ST-4  <b>ISSSTE:</b> RT-09  <b>SSA o si no pertenece a ninguna:</b> historia clínica completa con estudios de laboratorio o de imagen que corroboren el diagnóstico.</li> </ul>	Original
	<p><b>Adicional aplica solo para</b> <i>Pago por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas, Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas Doble Pago y Pago por Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas Colectiva</i></p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Identificación oficial de los Beneficiarios</b>            INE, cédula profesional o pasaporte vigente.</li> <li><b>Acta de Defunción</b> (copia certificada).</li> <li><b>Consentimiento de Grupo</b>            Debidamente requisitado y firmado por el Asegurado.</li> <li><b>Conclusiones periciales de tránsito terrestre</b> en caso de accidente vial            La certificación debe ser por parte del Ministerio Público.</li> </ul>	Copia
		Original

Los formatos previamente mencionados, se encuentran disponibles en la página [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx)

Adicionalmente y de manera excepcional GNP tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. (Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro). (Precepto(s) legal(es) disponible(s) en [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx)). Una vez recibidos todos los documentos, datos e informes que permitan a GNP dictaminar si procede una indemnización. GNP le pagará al Asegurado 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.

Este material es de carácter informativo, el seguro se rige con base en las Condiciones Generales del mismo, disponibles en [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx).