

México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2024.

A QUIEN CORRESPONDA  
PRESENTE

Por medio del presente solicito a Grupo Nacional Provincial S.A.B. la carta de suma remanente correspondiente al (los) padecimiento (s) que siniestré durante la vigencia del 2023 – 2024 del Seguro de Gastos Médicos Mayores.

1. Nombre completo del asegurado: \_\_\_\_\_
2. No. de póliza GPN: \_\_\_\_\_
3. No. de Certificado: \_\_\_\_\_
4. Padecimiento (s):

NOMBRE DEL (LOS) PADECIMIENTO (S)	NÚMERO DE RECLAMACIÓN

5. Anexo identificación oficial del titular:

- INE vigente por ambos lados                       Cédula profesional  
 Pasaporte vigente                                       Cartilla militar

Sin más por el momento agradezco la atención.

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR)