

## Cuestionario Médico de Seguro Colectivo

Favor de llenar esta solicitud con letra de molde y tinta negra. No omitir ningún dato.  
 Esta solicitud no será válida si presenta tachaduras o enmendaduras.

Sección I. Datos del Contratante												
Razón social/ Nombre completo (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s))												
No. de Póliza												
Sección II. Solicitantes												
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s)						Parentesco	Fecha de nacimiento	Sexo	Estatura (mts.)	Peso (kgs.)	Ocupación (sólo mayor de edad)	
<b>A</b>							Día Mes Año	F M				
R.F.C.	Letras	Año	Mes	Día	Homoclave	CURP (si cuenta con él)						
						Día	Mes	Año	F	M		
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>B</b>							Día Mes Año	F M				
R.F.C.	Letras	Año	Mes	Día	Homoclave	CURP (si cuenta con él)						
						Día	Mes	Año	F	M		
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>C</b>							Día Mes Año	F M				
R.F.C.	Letras	Año	Mes	Día	Homoclave	CURP (si cuenta con él)						
						Día	Mes	Año	F	M		
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>D</b>							Día Mes Año	F M				
R.F.C.	Letras	Año	Mes	Día	Homoclave	CURP (si cuenta con él)						
						Día	Mes	Año	F	M		
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Viajes al extranjero: Si alguno de los solicitantes va a viajar al extranjero en los próximos 6 meses con una permanencia mayor a 3 meses, indíquelo a continuación anotando la letra del solicitante que corresponda (A,B,C,D)												
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s) <small>(Solicitante)</small>								Certificado				
Fecha de inicio de viaje		Fecha de fin de viaje		Destino								
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año							
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s) <small>(Solicitante)</small>								Certificado				
Fecha de inicio de viaje		Fecha de fin de viaje		Destino								
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año							
Sección III. Ocupación. Indique si alguno de los solicitantes se dedica o trabaja en alguna de las siguientes actividades:												
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				3. Visita o asiste a obras o construcciones 4. Utiliza, maneja o su trabajo está relacionado con la utilización o portación de armas de fuego, seguridad, rescate 5. Agrícola con uso de fertilizantes, pesticidas, herbicidas, etc.								
1. Operador de maquinaria pesada				2. Trabaja con explosivos, solventes, productos químicos peligrosos								
En caso afirmativo proporcionar la siguiente información:												
Solicitante	No. de actividad	Describa las funciones que realiza								Actividad o giro de la empresa		
Sección IV. Información Médica												
<b>1 ¿Algún solicitante padece o ha padecido alguna enfermedad como?:</b>												
Hipertensión arterial, infarto, hepatitis, diabetes, epilepsia, esclerosis, fiebre reumática, SIDA, cáncer, tumores, enfermedades mentales, pulmonares, renales, neurológicas y cardiovasculares.												
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				En caso afirmativo, indicar el detalle correspondiente en el apartado 5								
<b>2 ¿Algún solicitante ha sido hospitalizado, o le han hecho alguna cirugía (incluyendo cirugías ambulatorias) por cualquier enfermedad o accidente?</b>												
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				En caso afirmativo, indicar el detalle correspondiente en el apartado 5								
<b>3 ¿Algún solicitante padece alguna enfermedad no referida en el apartado 1, está en tratamiento, tiene programada atención médica o cirugía?</b>												
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				En caso afirmativo, indicar el detalle correspondiente en el apartado 5								

<b>4 Exclusivo para mujeres</b>				
Solicitante	¿Alguna solicitante está actualmente embarazada?	¿Ha tenido alguna complicación en alguno de sus embarazos?		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Meses de gestación _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Especifique _____		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Meses de gestación _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Especifique _____		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Meses de gestación _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Especifique _____		
<b>5 Información a detalle para casos de respuesta afirmativa</b>				
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio Mes    Año	¿Estuvo hospitalizado?	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
Estado actual de salud		¿Quédo con alguna complicación?	¿Actualmente toma algún medicamento?. Especifique	
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio Mes    Año	¿Estuvo hospitalizado?	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
Estado actual de salud		¿Quédo con alguna complicación?	¿Actualmente toma algún medicamento?. Especifique	
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio Mes    Año	¿Estuvo hospitalizado?	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
Estado actual de salud		¿Quédo con alguna complicación?	¿Actualmente toma algún medicamento?. Especifique	
<b>Sección V. Deportes y/o aficiones que practica</b>				
Solicitante	¿Qué deportes y/o aficiones practica?	No profesional	Profesional	Indique la frecuencia de la práctica
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No. de veces _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No. de veces _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No. de veces _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
<b>LA TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD NO IMPLICA LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO POR PARTE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS</b>				
<p><b>De interés para el solicitante (leerlo antes de firmar).</b> Conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se deben declarar todos los datos requeridos en esta solicitud en forma verídica; en la inteligencia de la inexacta o no declaración de estos datos originará la pérdida de derechos del Asegurado y/o Beneficiarios. En caso de alguna omisión o inexacta declaración de los hechos importantes, la Compañía de Seguros tiene la facultad de rescindir el contrato celebrado y de abstenerse de realizar cualquier pago a favor del Asegurado (Art. 8, 47 Ley Sobre el Contrato de Seguro).</p> <p>Asimismo, autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado pólizas, para que proporcionen a Grupo Nacional Provincial, S.A.B.,</p>				
<p><b>Bajo protesta de decir verdad declaro: que todos los hechos aquí mencionados son verídicos y estoy de acuerdo en que con base en ellos la aseguradora valore el riesgo a contratar. Asimismo, reconozco que los padecimientos preexistentes no quedarán cubiertos en la póliza, salvo si fueron expresamente cubiertos por la aseguradora, considerando este documento como parte de mi contrato para todos los efectos a que haya lugar.</b></p> <p><b>El presente cuestionario es únicamente para miembros que den su consentimiento después de 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo y para colectividades que de acuerdo a las políticas de suscripción de la Compañía se les deba aplicar este cuestionario para evitar el riesgo de antiselección.</b></p> <p><b>Se considerará preexistente, cualquier enfermedad o padecimiento que haya sido declarado antes de la celebración del Contrato o alta del Asegurado 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 por un médico legalmente autorizado 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 o alta del Asegurado, se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico.</b></p>				
<p><b>Aviso de Privacidad</b> En cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Grupo Nacional Provincial, S.A.B., (GNP) con domicilio en Avenida Cerro de las Torres No. 395, Colonia Campestre Churubusco, C.P. 04200, Delegación</p>				
<p>Coyoacán, México D.F., hace de su conocimiento que sus datos personales, aun los sensibles, recabados o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, se celebre o haya concluido, se tratarán para identificación, análisis y administración, pudiéndose transferir a proveedores que nos proporcionan servicios para dar cumplimiento a dicha relación.</p> <p>Adicionalmente, le informamos que los datos personales que recopilamos los utilizamos, en conjunto con el Grupo al que pertenecemos, para ofrecerle otros productos y servicios, como un valor agregado, sin compartir su información con terceros anunciantes.</p> <p>Para limitar el uso y divulgación de sus datos, mantenemos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad.</p> <p>En caso de que usted no esté de acuerdo con este aviso de privacidad, podrá ejercer su derecho de revocación por escrito y de forma inmediata en la dirección antes citada, y a partir del 6 de enero de 2012, sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición.</p> <p>El presente Aviso y sus actualizaciones, estarán a su disposición en la página <a href="http://www.gnp.com.mx">www.gnp.com.mx</a>, a través de comunicados colocados en nuestras oficinas o a través de otros medios de comunicación que tengamos con usted..</p>				
<p><b>Consentimiento</b> Autorizo a GNP a tratar mis datos personales, aun los sensibles, para los fines señalados en el presente aviso de privacidad y en caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, me obligo a informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el aviso.</p>				
Lugar y Fecha			Nombre y firma del solicitante	
<b>Datos del Agente</b>				
Clave del agente	Nombre del agente	No. de folio	% de participación	
D.A.	Correo electrónico	Teléfono	Firma del agente	