

## 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)								
<b>B</b>							Día	Mes	Año	F	M			
R.F.C.    Letras    Año    Mes    Día    Homoclave						CURP (si cuenta con él)								
<b>C</b>							Día	Mes	Año	F	M			
R.F.C.    Letras    Año    Mes    Día    Homoclave						CURP (si cuenta con él)								
<b>D</b>							Día	Mes	Año	F	M			
R.F.C.    Letras    Año    Mes    Día    Homoclave						CURP (si cuenta con él)								
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 <small>Día Mes Año</small>			Fecha de fin de viaje <small>Día Mes Año</small>			Destino								
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s) <small>(Solicitante)</small>										Certificado				
Fecha de inicio de viaje <small>Día Mes Año</small>			Fecha de fin de viaje <small>Día Mes Año</small>			Destino								
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 1. Operador de maquinaria pesada 2. Trabaja con explosivos, solventes, productos químicos peligrosos						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.								
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?	Meses de gestación _____	¿Ha tenido alguna complicación en alguno de sus embarazos?	Especifique _____
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<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., la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de mi solicitud y que a su vez, GNP proporcione a cualquier otra empresa del ramo, la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de Seguro del ramo que le sea solicitada por mi persona.</p> <p><b>Si ha estado asegurado con otras compañías y requiere reducir o eliminar periodos de espera, anexe a esta solicitud la carátula de la póliza en donde se indique la antigüedad de cada asegurado, condiciones de aseguramiento y el comprobante de pago de la misma.</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>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>El Solicitante manifiesta que le fue explicado el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que se refiere a las Coberturas, Exclusiones, Cláusulas Generales y/o Particulares las cuales conoce, entiende y acepta como parte integrante del Contrato a que se refiere este Cuestionario Médico en términos del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Asimismo, tiene conocimiento de que las Condiciones Generales del Contrato de Seguro también se encuentran en la página <a href="http://www.gnp.com.mx">www.gnp.com.mx</a></p> <p><b>Datos Personales y Consentimiento para su tratamiento:</b> 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 <a href="http://www.gnp.com.mx">www.gnp.com.mx</a> Por lo anterior:</p> <p style="text-align: center;">Sí    No  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Consiento y autorizo dicho tratamiento</p> <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.</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>				
_____			_____	
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