

2. Exclusivo para mujeres (a partir de 15 años)					
		Solicitante		Especificación	
¿Alguna solicitante está actualmente embarazada?		<input type="checkbox"/> Sí			
Especifique meses de gestación		<input type="checkbox"/> No			
¿Ha tenido alguna complicación en alguno de sus embarazos anteriores?		<input type="checkbox"/> Sí			
Especifique meses de gestación y tipo de complicación		<input type="checkbox"/> No			
3. Información a detalle para casos de respuesta afirmativa					
Solicitante	Enfermedad o accidente		Fecha de inicio	mes	año
			¿Estuvo hospitalizado?		Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Estado actual de salud		¿Quedó 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
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Estado actual de salud		¿Quedó 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
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Estado actual de salud		¿Quedó 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
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique	
Si requiere llenar con más información, favor de solicitar un anexo a su agente					
V. Cobranza (Primas del seguro)					
Forma de pago			Conducto de pago		
<input type="checkbox"/> Mensual*	<input type="checkbox"/> Trimestral*	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Cargo a tarjeta de crédito	<input type="checkbox"/> Domiciliación
*Sólo con cargos automáticos			<input type="checkbox"/> Agente		
En caso de haber elegido Domiciliación o Cargo a tarjeta de crédito como conducto de pago, llenar los siguientes datos del contratante.					
Domiciliación					
CLABE	Tarjeta de débito		Fecha de vencimiento		mes año
Cargo a tarjeta de crédito					
Banco	Tarjeta No.	ID	Fecha de vencimiento	mes año	
Banco	Tarjeta opcional No.	ID	Fecha de vencimiento	mes año	
Solicito y autorizo el cargo a mi cuenta bancaria de cheques o tarjeta de crédito, de acuerdo al contrato de apertura con la institución bancaria del cual se sirvan pagar por mi cuenta a Grupo Nacional Provincial, S.A. los cargos por conceptos, periodicidad y montos que se detallan, liberando al banco de cualquier reclamación.					
El trámite de esta solicitud, bajo las mismas condiciones de la póliza antecedente en grupo, no implica la aceptación del riesgo por parte de la compañía de seguros. Se informa que esta solicitud médica forma parte del contrato de seguro.					
De interés para el solicitante (Debe leerlo antes de firmar).					
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 que 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).			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.		
El hecho de que se autorice a la compañía a practicar un examen médico al solicitante, se realice o no, no lo exime de las responsabilidades en que pueda incurrir por omisiones o falsas declaraciones en esta solicitud.			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 integrante de mi contrato para todos los efectos a que haya lugar.		
Asimismo, autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado pólizas, para que proporcionen a Grupo Nacional Provincial, S.A., 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.			Se consideran padecimientos preexistentes, de acuerdo a las Condiciones Generales, apartado de Definiciones, aquellos que hayan sido declarados antes de la celebración del contrato, 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 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, se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico.		
Para proceder a la entrega de la Póliza, la Compañía debe contar con la documentación cotejada conforme a lo dispuesto en el Artículo 140 de la LGISMS.					
Nombre y firma del solicitante titular (Y de su representante legal si es menor de edad)			Nombre y firma del contratante (Sólo si es diferente al solicitante)		
Para ser llenado por el(los) agente(s)					
Clave del agente CUA	Contrato	Folio	D.A.	Nombre del agente	Distribución %
Clave del agente CUA	Contrato	Folio	D.A.	Nombre del agente	Distribución %