

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.

I. Datos del Contratante									
Razón Social/ Nombre completo (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s))								Número de Póliza	
II. Solicitantes									
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s)	Parentesco	Fecha de Nacimiento			Género	Estatura (metros)	Peso (kilogramos)	Ocupación (sólo mayor de edad)	
A		día	mes	año	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
R.F.C. (letras año mes día homoclave*)		CURP*							
B		día	mes	año	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
R.F.C. (letras año mes día homoclave*)		CURP*							
C		día	mes	año	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
R.F.C. (letras año mes día homoclave*)		CURP*							
D		día	mes	año	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
R.F.C. (letras año mes día homoclave*)		CURP*							
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) (Solicitante)						Certificado			
Fecha de inicio de viaje (día mes año)		Fecha de fin de viaje (día mes año)		Destino					
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s) (Solicitante)						Certificado			
Fecha de inicio de viaje (día mes año)		Fecha de fin de viaje (día mes año)		Destino					
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		4. Utiliza, maneja o su trabajo está relacionado con la utilización o portación de armas de fuego, seguridad, rescate					
		2. Trabaja con explosivos, solventes, productos químicos peligrosos		5. Agrícola con uso de fertilizantes, pesticidas, herbicidas, etc.					
		3. Visita o asiste a obras o construcciones							
En caso afirmativo proporcionar la siguiente información:									
Solicitante	Número de actividad	Describa las funciones que realiza					Actividad o giro de la empresa		

402083-10p_0517VD.rmc

IV. Información Médica				
1 ¿Algún Solicitante padece o ha padecido alguna enfermedad como?: 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				
2 ¿Algún Solicitante ha sido hospitalizado, o le han hecho alguna cirugía (incluyendo cirugías ambulatorias) por cualquier enfermedad o accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indicar el detalle correspondiente en el apartado 5				
3 ¿Algún Solicitante padece alguna enfermedad no referida en el apartado 1, está en tratamiento, tiene programada atención médica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indicar el detalle correspondiente en el apartado 5				
4 Exclusivo para mujeres				
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 _____		
5 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			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		
V. Deportes y/o aficiones que practica				
Solicitante	¿Qué deportes y/o aficiones practica?	No profesional	Profesional	Indique la frecuencia de la práctica
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Número de veces _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Número de veces _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Número de veces _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
EL LLENADO DE ESTE DOCUMENTO NO IMPLICA LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO POR PARTE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS				
De interés para el solicitante (leerlo antes de firmar).		Se previene al Solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos tal y como los conozca o deba conocerlos en el momento de firmar, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se encuentre contenido en la solicitud para la apreciación del riesgo, podría originar la pérdida de derechos del Asegurado o del (los) Beneficiario(s) en su caso. En caso de cualquier omisión o inexacta declaración de		
Toda la información de la presente solicitud, en especial las actividades e ingresos, serán considerados información necesaria para la apreciación del riesgo y para la aceptación, en su caso, de la Cobertura contratada y la Suma Asegurada correspondiente.				

En caso de requerir información contáctenos: al 5227 9000 para la Ciudad de México, al 01 800 400 9000 lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx

los hechos importantes, la Compañía de Seguros tiene la facultad de rescindir de pleno derecho el Contrato celebrado y de abstenerse de realizar cualquier pago (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro) (Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx).

En caso de que en el futuro el(los) Solicitante(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

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 y en ningún momento para fines de comercialización o mercadotecnia de productos o servicios. Esta información puede ser requerida al momento de presentar este documento, en caso de fallecimiento o en cualquier momento en que Grupo Nacional Provincial, S.A.B lo considere oportuno.

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.

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 aunque sean declarados en el presente cuestionario, salvo si fueron expresamente cubiertos por

la Aseguradora, considerando este documento como parte de mi contrato para todos los efectos a que haya lugar.

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 o alta del Asegurado con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, a través del diagnóstico o alta del Asegurado de un Médico legalmente autorizado, y/o; que sean diagnosticados con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o alta del Asegurado o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o; por el que previamente a la fecha de celebración del Contrato o alta del Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

El Solicitante Titular declara que le fue entregado y explicado por el Agente, el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que se refiere a sus derechos básicos, las Coberturas, Exclusiones, Periodos de Espera, Cláusulas Generales y/o Particulares, las cuales conoce, entiende y acepta como parte integrante del Contrato a que se refiere este documento en términos del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro (Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx). Las exclusiones y limitantes pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro y tiene(n) conocimiento que las Condiciones Generales del Contrato de Seguro también se encuentran en la página gnp.com.mx, puede(n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando al 5227 9000 desde la Ciudad de México o al 01 800 400 9000 desde el Interior de la República o mediante el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Datos Personales:

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP), 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 gnp.com.mx por lo anterior:

- Sí Consiento dicho tratamiento
No Consiento dicho tratamiento

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.

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.

Lugar y Fecha

Nombre y firma del Solicitante

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 17 de marzo de 2017 con el número CGEN-S0043-0058-2017.”

Datos del Agente

Clave del Agente	Nombre del Agente	Número de folio	Porcentaje de participación
Dirección de Agencia	Correo electrónico	Teléfono	

Firma del Agente

El Agente que suscribe realizó una entrevista personal con el Contratante y la(s) persona(s) que solicita(n) el presente Seguro, con la finalidad de obtener los datos personales que fueron asentados en esta Solicitud. Asimismo, recabé copia simple de los documentos de identificación y los cotejé con los originales que tuve a la vista, en el caso de que éstos hayan sido requeridos, de acuerdo al monto de la prima del negocio.

Bajo protesta de decir verdad, he informado al(los) Solicitante(s), de manera amplia y detallada sobre el alcance real de la cobertura y la forma de conservarla o darla por terminada, así como de la veracidad de los datos proporcionados y que se han incluido en este formato (Artículo 96 Ley Instituciones de Seguros y de Fianzas) (*Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx*). Asimismo, me consta que el contenido de la misma fue llenado de puño y letra por parte del(los) Solicitante(s) y Contratante.

Informativo