

**Cuestionario Médico de Seguro Colectivo**

Por favor, llene este documento con letra de molde y tinta negra. No omita ningún dato ni utilice abreviaturas. Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras.

Fecha		
día	mes	año

<b>I. Datos del Contratante</b>								
Razón o Denominación Social/Nombre completo (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s))						Número de Póliza		
<b>II. Solicitantes</b>								
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s)	Parentesco	Fecha de Nacimiento			Género	Estatura (metros)	Peso (kilogramos)	Ocupación (continuar en apartado 3)
<b>A</b>		día	mes	año	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
letras    año    mes    día    homoclave*		CURP*						
R.F.C.								
<b>B</b>		día	mes	año	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
letras    año    mes    día    homoclave*		CURP*						
R.F.C.								
<b>C</b>		día	mes	año	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
letras    año    mes    día    homoclave*		CURP*						
R.F.C.								
<b>D</b>		día	mes	año	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
letras    año    mes    día    homoclave*		CURP*						
R.F.C.								
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				
<b>III. Ocupación. Indique si alguno de los Solicitantes se dedica o trabaja en alguna de las siguientes actividades:</b>								
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				4. Utiliza, maneja o su trabajo está relacionado con la utilización o portación de armas de fuego, seguridad, rescate				
1. Operador de maquinaria pesada				5. Agrícola con uso de fertilizantes, pesticidas, herbicidas, etc.				
2. Trabaja con explosivos, solventes, productos químicos peligrosos								
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-I\_MAYO2021

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</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 _____		
	<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	
¿Quedo 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	
¿Quedo 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	
¿Quedo 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	
¿Quedo con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento?. Especifique		
<b>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"/>	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
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Número de veces _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual

402083-IL\_MAYO2021

402083

**En caso de requerir mayor información contáctenos al 55 5227 9000 desde  
Cualquier parte de la República o visite gnp.com.mx**

2/4

## “El llenado de este documento no implica la aceptación del riesgo por parte de la Compañía de Seguros”

### Advertencias

Toda la información del presente documento, 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.

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 este documento 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 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.

Por lo anterior, en mi carácter de Solicitante Titular y en representación de los Solicitantes, 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 valorará el riesgo a contratar.

### Aceptación

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 este Cuestionario y, a su vez, a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. para que proporcione a cualquier otra empresa del ramo, la información que se derive de este Cuestionario y de otras que sean de su conocimiento, a efecto que pueda evaluar cualquier otra propuesta de contratación de Seguro del ramo que le sea solicitada 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.

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 integrante 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 o alta del Asegurado, y/o; que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato o alta del Asegurado, a través del diagnóstico de un médico legalmente autorizado, y/o; que sean diagnosticados con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato o alta del Asegurado, 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 haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Si ha estado asegurado con otras compañías y el Contratante solicitó el beneficio de reducción o eliminación de periodos de espera, anexe a este documento 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 Solicitante Titular declara que le fue explicado por el Agente el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que se refiere a sus derechos básicos, 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) legale(s) disponible(s) en gnp.com.mx**), mismas que han sido entregadas y las cuales serán aplicables al Contrato de Seguro en caso de la aceptación del riesgo. 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 55 5227 9000 desde cualquier parte 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 primarias, secundarias y transferencias 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](http://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 disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con su Seguro, le sugerimos ponerse en contacto con la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., ubicada en Avenida Cerro de las Torres Número 395, Colonia Campestre Churubusco, Delegación Coyoacán, C.P. 04200; comunicarse al teléfono 55 5227 9000 desde cualquier parte de la República, o bien al correo electrónico: [unidad.especializada@gnp.com.mx](mailto:unidad.especializada@gnp.com.mx)

**El presente cuestionario es únicamente para miembros que den su consentimiento después de 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte de la Colectividad y para Asegurados que de acuerdo a las políticas de suscripción de la Compañía se les deba aplicar este cuestionario para evitar el riesgo de antiselección.**

**Bajo protesta de decir verdad, declaro que el contenido del presente cuestionario es cierto y, bajo el principio de la buena fe, he llenado el formato de mi puño y letra.**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

**Datos del Agente**

Nombre	Clave	Zona / Dirección de Agencia / Oficina
--------	-------	---------------------------------------

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 este documento. 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 entregado el Folleto de los Derechos Básicos, he informado al(los) Solicitante(s) de manera clara, amplia y detallada sobre el alcance real de las coberturas, las principales características del producto, la forma de conservarlo o darlo por terminado,

su vigencia, los términos establecidos en el Contrato, su renovación y las consecuencias de la rehabilitación. (Artículo 96 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas) **(Precepto(s) legal(es) disponible(s) en [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx)**). Asimismo, declaro haber verificado la veracidad de los datos proporcionados y que se han incluido en este formato, siendo llenado de puño y letra mismos que coteje con los documentos originales que tuve a la vista y que me fueron exhibidos por parte del(los) Solicitante(s) y Contratante.

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente de Seguros

**“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:**

**10 de Junio de 2021, con el número CNSF-S0043-0535-2020/CONDUSEF-001285-04,  
 10 de Junio de 2021, con el número CNSF-S0043-0536-2020/CONDUSEF-001280-04,  
 10 de Junio de 2021, con el número CNSF-S0043-0539-2020/CONDUSEF-001321-04,  
 10 de Junio de 2021, con el número CNSF-S0043-0537-2020/CONDUSEF-001284-05,  
 10 de Junio de 2021, con el número CNSF-S0043-0538-2020/CONDUSEF-001277-04,  
 10 de Junio de 2021, con el número CNSF-S0043-0540-2020/CONDUSEF-001320-04.**