

CUESTIONARIO DE RIESGO SELECTO

NO. PÓLIZA	FECHA (dd/mm/aaaa)

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

S	OLICITANTE							
С	ÓDIGO DE CLIENTE *	PRIMER APELLID	0	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)	EDAD		
	TIPO DE SOLICITUD MOTIVO DE SOLICITUD SUBSECUENTE							
	Primera vez O Solicit	ud subsecuente	⊖Ren	ovación de Riesgo Selecto	○ Rechazo de Cuestionario A	Anterior		
Ľ	·] Si cuenta con él.							
	En caso de respuesta afirmativa a alguna de las siguientes preguntas médicas, amplíe la información en el siguiente apartado de esta sección. 1. ¿Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?							
	 Hipertensión arterial (presión arterial alta), colesterol alto (más de 200 mg/dl) o problemas del corazón (arritmias, angina de pecho, infarto agudo al miocardio) 					⊖Si ⊝ No		
	DiabetesProblemas de la tiro		io ai iii	iloodi dio)		○Si ○ No ○Si ○ No		
INFORMACIÓN MÉDICA	 Epilepsia, accidente cerebrovascular (EVC, trombosis), migraña, dolor de cabeza recurrente o convulsiones 					○Si ○ No		
핕	Asma, bronquitis cró	ónica (EPOC). enfise	ma			⊖Si ⊝ No		
NO NO	▶ Tumores, cáncer, SIDA o trasplante de órganos			○Si ○ No				
ᅙ	2.¿Ha recibido alguna	transfusión de sang	re?			⊖Si ⊝ No		
Z N	3. ¿Usted fuma?					⊖Si ⊝ No		
Ö								
Ż	NO. PREGUNTA NOI	MBRE DEL PADECI	MIENT	TOÁ ÆECHA DE DIAGNÓ (mm/aaaa)	STICO TIPO DE TRATAMI	ENTO		
				(mm/aaaa)				
				(mm/aaaa) , , ,				
				(mm/aaaa)				
				(mm/aaaa)				
	OBSERVACIONES							
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:								
É	O C:	SOLICITANTE						
H	○ Si coi	○ Si consiento dicho tratamiento ○ No consiento dicho tratamiento						
CONSENTIM	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.							

FIRMA DEL SOLICITANTE

El Solicitante declara(n) que le(s) fue entregado y explicado 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(n), entiende(n) y acepta(n) 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 legal disponible 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 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 52 27 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.

"Este documento sólo constituye un Cuestionario para el Beneficio de Riesgo Selecto y, por lo tanto, no representa garantía alguna de que el Beneficio será otorgado por la empresa de seguros".

seguros	•								
AGENTE									
CUA	D.A.	NOMBRE DEL AGENTE	FIRMA DEL AGENTE						
Bajo protesta de decir verdad, declaro que el contenido del presente documento es cierto y, bajo el principio de la									
bueria ie,	buena fe, he (hemos) llenado el formato de mi (nuestro) puño y letra.								
XW)	SOLICITANTE								
H		Nombre y firma							