

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.

SOLICITANTE				
CÓDIGO DE CLIENTE*	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)	EDAD
TIPO DE SOLICITUD		MOTIVO DE SOLICITUD SUBSECUENTE		
<input type="radio"/> Primera vez <input type="radio"/> Solicitud subsecuente		<input type="radio"/> Renovación de Riesgo Selecto <input type="radio"/> Rechazo de Cuestionario Anterior		

[+] Si cuenta con él.

INFORMACIÓN MÉDICA	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)	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	‣ Diabetes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	‣ Problemas de la tiroides	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	‣ Epilepsia, accidente cerebrovascular (EVC, trombosis), migraña, dolor de cabeza recurrente o convulsiones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	‣ Asma, bronquitis crónica (EPOC), enfisema	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	‣ Tumores, cáncer, SIDA o trasplante de órganos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	2. ¿Ha recibido alguna transfusión de sangre?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	3. ¿Usted fuma?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

NO. PREGUNTA	NOMBRE DEL PADECIMIENTO	FECHA DE DIAGNÓSTICO	TIPO DE TRATAMIENTO
		(mm/aaaa)   .   .   .   .	
		(mm/aaaa)   .   .   .   .	
		(mm/aaaa)   .   .   .   .	
		(mm/aaaa)   .   .   .   .	
		(mm/aaaa)   .   .   .   .	
OBSERVACIONES			

DATOS PERSONALES Y CONSENTIMIENTO

Reconozco que previo a proporcionar mis datos personales incluyendo los del (los) menor(es) de edad de los cuales ostentó la patria potestad y/o debida representación legal o tutela (en caso de aplicar), se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (en lo sucesivo GNP), el cual he leído y comprendido, por lo que tengo conocimiento de (i) la identidad y domicilio de GNP; (ii) los datos personales que serán sujetos a tratamiento; (iii) las finalidades primarias y secundarias del tratamiento, así como las transferencias que van a efectuarse; (iv) los medios habilitados para limitar el uso o divulgación de mis datos personales y/o revocar mi consentimiento, así como para ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Asimismo manifiesto tener conocimiento que puedo consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página **gnp.com.mx**. Por lo anterior, y una vez que he sido informado sobre el tratamiento al que serán sujetos los datos personales, otorgo consentimiento expreso y por escrito para que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. los trate en términos de lo señalado en el referido Aviso de Privacidad. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento o de quien(es) ostente(n) la patria potestad y/o debida representación legal o tutela, así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta. Entiendo que el consentimiento para el tratamiento de los datos personales no será necesario cuando la finalidad del tratamiento sea cumplir obligaciones derivadas de la relación jurídica que en su caso se establezca.

SOLICITANTE (y de su Representante Legal si es menor de edad)	CONTRATANTE (Sólo si es diferente al Solicitante)
Nombre y firma	Nombre y firma

*El Solicitante y/o Contratante declara(n) que le(s) fue 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**), 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 a nuestra línea directa de atención a clientes, Línea GNP al 55 5227 9000 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”.**

#### AGENTE

CUA	D.A.	NOMBRE DEL AGENTE	FIRMA DEL AGENTE

FIRMAS

Bajo protesta de decir verdad, declaro que el contenido del presente documento es cierto y, bajo el principio de la buena fe, he (hemos) llenado el formato de mi (nuestro) puño y letra.

SOLICITANTE

Nombre y firma