



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

DATOS DEL TITULAR	CÓDIGO DE CLIENTE*	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)
	PESO	ESTATURA		
	Kg	m		

PERSONA 2	CÓDIGO DE CLIENTE*	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)
	PESO	ESTATURA		
	Kg	m		

PERSONA 3	CÓDIGO DE CLIENTE*	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)
	PESO	ESTATURA		
	Kg	m		

PERSONA 4	CÓDIGO DE CLIENTE*	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)
	PESO	ESTATURA		
	Kg	m		

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. ¿Alguna persona padece o ha padecido alguna enfermedad como hipertensión arterial, infarto, hepatitis, diabetes, epilepsia, esclerosis, fiebre reumática, SIDA, cáncer, tumores, enfermedades mentales, congénitas, inmunológicas, hematológicas u otras de tipo renal, pulmonar, neurológico o cardiovascular?			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	2. ¿Alguna persona ha sido hospitalizada o le han hecho alguna cirugía por cualquier enfermedad o accidente o alteración congénita o reconstructiva o estética?			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	3. ¿Alguna persona padece o ha padecido alguna otra enfermedad, trastorno o padecimiento de salud no referida en la pregunta número 1 y está en tratamiento o tiene programada atención médica o quirúrgica?			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	PERSONA NO.	NO. PREGUNTA	NOMBRE DEL PADECIMIENTO	TIPO DE EVENTO
				<input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Accidente
FECHA DE INICIO	TIPO DE TRATAMIENTO			
	<input type="radio"/> Quirúrgico <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Psicológico <input type="radio"/> Rehabilitación			
	<input type="radio"/> Quimioterapia <input type="radio"/> En observación <input type="radio"/> Radioterapia <input type="radio"/> Trasplante			
¿ESTUVO HOSPITALIZADO?		¿QUEDÓ CON ALGUNA COMPLICACIÓN?		
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cuál?		
¿ACTUALMENTE TOMA ALGUN MEDICAMENTO?			ESTADO ACTUAL DE SALUD	
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cuál?			<input type="radio"/> Sano <input type="radio"/> En tratamiento	

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

INFORMACIÓN MÉDICA (Continuación)	PERSONA NO.	NO. PREGUNTA	NOMBRE DEL PADECIMIENTO	TIPO DE EVENTO <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Accidente
	FECHA DE INICIO	TIPO DE TRATAMIENTO		
		<input type="radio"/> Quirúrgico <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Psicológico <input type="radio"/> Rehabilitación <input type="radio"/> Quimioterapia <input type="radio"/> En observación <input type="radio"/> Radioterapia <input type="radio"/> Trasplante		
	¿ESTUVO HOSPITALIZADO?		¿QUEDÓ CON ALGUNA COMPLICACIÓN?	
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cuál?	
	¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?		ESTADO ACTUAL DE SALUD	
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cuál?		<input type="radio"/> Sano <input type="radio"/> En tratamiento	
	PERSONA NO.	NO. PREGUNTA	NOMBRE DEL PADECIMIENTO	TIPO DE EVENTO <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Accidente
	FECHA DE INICIO	TIPO DE TRATAMIENTO		
		<input type="radio"/> Quirúrgico <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Psicológico <input type="radio"/> Rehabilitación <input type="radio"/> Quimioterapia <input type="radio"/> En observación <input type="radio"/> Radioterapia <input type="radio"/> Trasplante		
	¿ESTUVO HOSPITALIZADO?		¿QUEDÓ CON ALGUNA COMPLICACIÓN?	
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cuál?	
¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?		ESTADO ACTUAL DE SALUD		
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cuál?		<input type="radio"/> Sano <input type="radio"/> En tratamiento		
PERSONA NO.	NO. PREGUNTA	NOMBRE DEL PADECIMIENTO	TIPO DE EVENTO <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Accidente	
FECHA DE INICIO	TIPO DE TRATAMIENTO			
	<input type="radio"/> Quirúrgico <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Psicológico <input type="radio"/> Rehabilitación <input type="radio"/> Quimioterapia <input type="radio"/> En observación <input type="radio"/> Radioterapia <input type="radio"/> Trasplante			
¿ESTUVO HOSPITALIZADO?		¿QUEDÓ CON ALGUNA COMPLICACIÓN?		
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cuál?		
¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?		ESTADO ACTUAL DE SALUD		
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cuál?		<input type="radio"/> Sano <input type="radio"/> En tratamiento		

NOTA: Si requiere más espacio para proporcionar información adicional, solicite un Anexo.

[+] Si cuenta con él.

INFORMACIÓN ADICIONAL	¿ALGUNA PERSONA FUMA O FUMÓ?	¿ALGUNA DE LAS PERSONAS ESTÁ ACTUALMENTE EMBARAZADA? (Exclusivo para mujeres a partir de los 15 años)
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No No. Solicitante <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No No. Solicitante <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4
	¿CUANTOS CIGARROS O PUROS AL DÍA?	SEMANAS DE GESTACIÓN _____.
	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____	PESO ANTES DEL EMBARAZO _____.
	¿CUANDO DEJÓ DE FUMAR? _____.	

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR



Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Av. Cerro de las Torres No. 395
Col. Campestre Churubusco
C.P. 04200, Ciudad de México
R.F.C. GNP9211244P0

DE INTERÉS PARA EL DECLARANTE (Leer antes de firmar)

Se previene al Declarante 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 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-**

Autorizo a los médicos, hospitales o clínicas que me hayan asistido, o a los que haya accedido para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad y, para el efecto, relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional, aceptando que se proporcione a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., la información requerida. 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 esta Solicitud 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 esta Solicitud 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 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.

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:

TITULAR

(y de su Representante Legal si es menor de edad)

- ☐ Si 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.

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

TITULAR

(y de su Representante Legal si es menor de edad)

Nombre y firma