

V. Otros movimientos											
Reporte de viaje al extranjero (estancias mayores a 3 meses)											
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)			Fecha de inicio de viaje		Fecha de fin de viaje		Destino
							día mes año		día mes año		
Modificación en riesgo ocupacional o deportivo											
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)					<input type="checkbox"/> Ocupacional		<input type="checkbox"/> Deportivo
Si es deportivo indicar		Frecuencia		<input type="checkbox"/> No profesional			Descripción				
No. de veces		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		<input type="checkbox"/> Profesional							
Si es ocupacional indicar					Indique puesto y en qué consisten las labores						
Empresa		Giro del Negocio									
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)					<input type="checkbox"/> Ocupacional		<input type="checkbox"/> Deportivo
Si es deportivo indicar		Frecuencia		<input type="checkbox"/> No profesional			Descripción				
No. de veces		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		<input type="checkbox"/> Profesional							
Si es ocupacional indicar					Indique puesto y en qué consisten las labores						
Empresa		Giro del Negocio									
<p>Nota: En caso de ser deporte, especifique frecuencia de la práctica y si lo hace de manera profesional o no profesional.</p> <p>En caso de ser ocupación, indicar empresa y giro del negocio y claramente las labores que desarrolla. Especificar si usa maquinaria o armas de fuego o si está en contacto con solventes.</p> <p>Para aviación particular y buceo anexar cuestionario.</p>											
Rehabilitación con cambios (póliza al descubierto por un plazo mayor a 45 días)											
<input type="checkbox"/> De 46 a 60 días <input type="checkbox"/> De 61 a 90 días (anexar Declaración de salud) <input type="checkbox"/> De 91 a 120 días (anexar Solicitud de Seguro)											
Otros cambios											
FAVOR DE RENOVAR LA PÓLIZA CON BAJA DE LA COBERTURA DE ENFERMEDADES CATASTROFICAS EN EL EXTRANJERO											
<p>Datos Personales y Consentimiento:</p> <p>Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., 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 www.gnp.com.mx. Por lo anterior:</p> <p><input type="checkbox"/> Si Consiento dicho tratamiento <input type="checkbox"/> No Consiento dicho tratamiento</p> <p>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.</p>											
<p>Francisco Ramon Benavides Gonzalez</p> <p>Nombre y firma del Contratante o Asegurado titular</p> <p>(Nuevo en caso de haber solicitado cambio de éste)</p>						<p>Guillermo Miranda Bautista</p> <p>Nombre y firma del Agente</p>					
<p>Nota: Es indispensable contar con ambas rúbricas y no se aceptará el formato con firmas "por ausencia" o "por poder".</p> <p>Anexar copia de identificación oficial con firma. Si fuera necesario anexar algún documento adicional, éste deberá ir firmado.</p>											