

## Declaración para el trámite de reclamación de los beneficios adicionales

Fecha		
día	mes	año

<b>Seleccione el trámite a realizar</b> <input type="checkbox"/> Exención del pago de Primas (BIT) <input type="checkbox"/> Anticipo de Suma Asegurada (SEV) <input type="checkbox"/> Cáncer y otras Enfermedades Graves <input type="checkbox"/> Pago de Suma Asegurada por Invalidez (ISE) <input type="checkbox"/> Cobertura Mujer <input type="checkbox"/> Indemnización Diaria por Hospitalización													
<b>I. Esta sección deberá ser contestada por el Asegurado</b>										Código Cliente			
Apellido paterno				Apellido materno				Nombre(s)					
Póliza No.		¿Tiene pólizas de Gastos Médicos Mayores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Compañía			Números de póliza				
Fecha de nacimiento		R.F.C.		letras		año		mes		día			
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Lugar de nacimiento		Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)				CURP (si cuenta con ella)					
Actividad o giro del negocio donde trabaja				Correo electrónico (si cuenta con él)				¿El Asegurado tiene hábito de fumar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>Domicilio particular</b>													
Calle								No. exterior		No. interior			
Colonia								C.P.					
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País (si es distinto a México)		clave lada		Teléfono			
<b>Llénese si solicita ISE y/o BIT</b>													
Actividad laboral habitual													
Fuente de ingresos actual						Cuenta con: <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> Ninguno							
<b>Datos de los médicos que lo atendieron</b>													
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico										Fecha de consulta			
Domicilio completo										clave lada		Teléfono	
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico										Fecha de consulta			
Domicilio completo										clave lada		Teléfono	
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico										Fecha de consulta			
Domicilio completo										clave lada		Teléfono	
<p>Como Asegurado, autorizo al médico tratante, a los hospitales e instituciones donde fui internado, a que otorguen a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. toda la información que se refiera a mi estado de salud, e inclusive, en su caso, todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, relevo a las instituciones o personas involucradas del cumplimiento de las obligaciones que al respecto se deriven de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.</p> <p>Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento, está apegada a la verdad. En caso contrario, estoy consciente de la falta en que podría incurrir si proporciono datos falsos o incorrectos, así como de las sanciones a las que quedo expuesto.</p>													
_____ Firma del Asegurado													

II. Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra del médico que atiende al Asegurado			
Antecedentes patológicos. Dar amplia información, indicando fechas, duración y estado actual			
Padecimiento que dio origen a la invalidez o enfermedad			Fecha de inicio
			día mes año
Signos y síntomas			
Historia hospitalaria			
Fecha de ingreso	día mes año	Fecha de alta	día mes año Nombre del hospital
Diagnóstico del padecimiento			
Fecha del diagnóstico	día mes año	Fecha del inicio del padecimiento	día mes año
		Accidente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha del accidente
			día mes año
Estado actual			
Tratamiento			
Pronóstico final			
Tiempo probable de la duración de la invalidez en su caso			
¿La afección imposibilita al Asegurado a desempeñar su trabajo habitual?		¿Le impide tener otra ocupación compatible con sus conocimientos y aptitudes?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Datos del médico (que requisita esta declaración)			
Apellido paterno		Apellido materno	Nombre(s)
R.F.C.	letras	año	mes
	día	homoclave (si cuenta con ella)	Registro S.S.A.
		Cédula profesional	
Domicilio particular			
Calle		No. exterior	No. interior
Colonia			C.P.
Municipio o delegación	Ciudad o población	Entidad federativa	País (si es distinto a México)
		clave lada	Teléfono
Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento, está apegada a la verdad. En caso contrario, estoy consciente de la falta en que podría incurrir si proporciono datos falsos o incorrectos, así como de las sanciones a las que quedo expuesto.			
Fechado en _____ el día _____ de _____ del año _____.  _____ Firma del médico			