

Fecha		
día	mes	año

Seleccione el trámite a realizar

- Exención de Pago de Primas (BIT, BEI)
 Anticipo de Suma Asegurada (SEV)
 Cáncer y otras Enfermedades Graves
 Pago de Suma Asegurada por Invalidez (ISE)
 Cobertura Mujer o Doble Cobertura Mujer
 Indemnización por pérdidas orgánicas (DIBA)
 Indemnización Diaria por Hospitalización

I. Esta sección deberá ser contestada por el Asegurado

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	
Número de póliza	¿El asegurado tiene el hábito de fumar?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Código de cliente (si cuenta con él)

¿Tiene pólizas de Gastos Médicos Mayores?	Compañía	Números de pólizas
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Llénese en caso de solicitar indemnización por ISE, BIT o BEI

Actividad laboral habitual	Fuente de ingresos actual	Cuenta con:
		<input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> Ninguno

Datos de los médicos que lo atendieron

Médico 1	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Fecha de consulta	día	mes	año
	Domicilio de contacto			Cédula profesional	Clave lada	Teléfono	
Médico 2	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Fecha de consulta	día	mes	año
	Domicilio de contacto			Cédula profesional	Clave lada	Teléfono	
Médico 3	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Fecha de consulta	día	mes	año
	Domicilio de contacto			Cédula profesional	Clave lada	Teléfono	

En caso de que el Asegurado hubiese estado internado en hospital o sanatorio, dé el nombre y dirección

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 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.

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.

Reconozco que previo a proporcionar los datos personales, 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 los datos personales y/o revocar el consentimiento, así como para ejercer derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Asimismo manifiesto tener conocimiento que se puede consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página gnp.com.mx. 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.

Firma del Asegurado

II. Esta sección debe ser llenada de puño y letra por el médico que atiende al Asegurado

Antecedentes personales 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

Exploración Física

Tratamiento

Pronóstico final

Tiempo probable de la duración de la invalidez en su caso

¿La afección imposibilita al Asegurado a desempeñar su trabajo habitual?

Sí No

¿Le impide tener otra ocupación compatible con sus conocimientos y aptitudes?

Sí No

Llénese en caso de solicitar indemnización por pérdidas orgánicas

Describa detalladamente la(s) lesióne(s) encontrada(s) por usted, indicando su causa y su naturaleza

¿Las lesiones fueron causadas exclusivamente por medios externos y violentos?

Sí No

Fecha en que ocurrió la lesión

día	mes	año

--	--	--

Dar detalle de cómo ocurrieron las lesiones

¿Las lesiones provocaron la pérdida de la vista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿En qué ojo? <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos	A su juicio ¿la pérdida de la vista es definitiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--	---

¿Las lesiones provocaron la pérdida de algunos de los miembros?
 Sí No

En caso afirmativo, especifique claramente cuál es la pérdida, aclarando en el caso de los dedos, su nombre común y el número de falanges perdidas.

Dar detalle del estado actual de las lesiones

Aparte de las lesiones, ¿encontró usted algunos otros signos patológicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El asegurado en el momento de sufrir las lesiones padecía alguna afección o enfermedad crónica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

En caso afirmativo proporcione detalles (nombre de la enfermedad, fecha, duración, etc.)

¿Hubo alguna investigación oficial con motivo de las lesiones sufridas por el Asegurado?
 Sí No

En caso afirmativo proporcione los detalles

Datos adicionales

Datos del médico que requisita esta declaración

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
R.F.C. letras año mes día homoclave	Registro S.S.A.	Cédula profesional	Especialidad médica

Domicilio de contacto

Calle	No. exterior	No. interior		
C.P.	Colonia	Municipio o alcaldía		
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, de acuerdo a los elementos que conozco sobre el caso en cuestión. 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.

Lugar y fecha	Firma y sello del médico que requisita esta declaración
---------------	---

En caso de requerir información y/o documentación adicional, se les comunicará en su momento