

Solicitud de Rehabilitación

Datos del Asegurado					
Póliza No.	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento	día mes año
Solicito de Grupo Nacional Provincial, S. A. B., la rehabilitación de mi póliza arriba indicada.					
Con dicho objeto y en la inteligencia de que la Compañía basará su resolución sobre lo que hago constar, a continuación contesto las siguientes preguntas:					
1. Profesión u ocupación actuales	2. Precisar en qué consisten sus trabajos	3. Empresas en que las desempeña			
4. Ingresos anuales	5. Deportes y/o aficiones peligrosas que practica, (tales como motociclismo, automovilismo, alpinismo, charrería, buceo, etc.)				
Tipo de competencias <input type="checkbox"/> Amateur <input type="checkbox"/> Profesional	Frecuencia	Desea cubrir el riesgo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	6. ¿Utiliza motocicleta como medio de transporte, para desempeñar sus labores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
7. ¿Viaja en aviones particulares o militares como pasajero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	8. ¿Ha sido o ha recibido instrucciones para piloto aviador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
En caso afirmativo a las preguntas anteriores requisitar el Cuestionario de aviación.					
En caso de presentar examen médico, omitir de la pregunta 9 a la 24					
Cuestionario médico					
9. ¿Tiene o ha tenido algún defecto en la vista o audición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	14. ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
10. ¿Padece o ha padecido alguna deformidad, falta parcial o total de un miembro, presión arterial alta, enfermedades de riñón, corazón, cáncer, hígado, tumores, diabetes, problema nervioso o alguna otra enfermedad, afección o lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15. ¿Tiene planeado hacerse alguna intervención quirúrgica o ha estado internado en algún Hospital, Clínica, Sanatorio o Institución para estudios, electrocardiogramas, rayos X, TAC, Resonancia Magnética, observación, operación o tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
11. ¿Ha recibido tratamiento por alcoholismo o cualquier hábito de drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	16. ¿Le han dicho que tiene el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), con o sin síntomas, complejo relacionado al SIDA (CRS) o ha recibido tratamiento alguno para estos problemas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
12. ¿Está bajo tratamiento o tomando algún medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
13. ¿En los últimos cinco años ha consultado algún médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
17. Sólo para Cobertura Mujer. Entiéndase por familia de 1° ó 2° grado: madre, hermanas, tías, primas y/o abuelas.					
a. ¿Hay o ha habido en su familia de 1° ó 2° grado cáncer, tumores de glándulas mamarias, ovarios o útero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Quién(es)? (parentesco) _____ Tipo(s) de cáncer o tumor (órgano afectado) _____ Actualmente se encuentra(n) en tratamiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
b. ¿Usted o su familia de 1° ó 2° grado tiene antecedentes de preclampsia, eclampsia, partos múltiples o embarazo ectópico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Quién(es)? _____ ¿Cuál(es)? _____			
c. ¿Está o ha estado en tratamiento o tiene planeado recibir tratamiento para tratar la esterilidad o infertilidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha día mes año _____			
d. ¿Tiene antecedentes de Virus del Papiloma Humano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha día mes año _____			
e. ¿Se le ha realizado la histerectomía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha día mes año _____			
f. ¿Se le ha realizado la salpingoclasia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha día mes año _____			
Si las consultas o estudios practicados en las preguntas 13 y 15 se efectuaron para chequeo, indique el resultado de los mismos.					
En caso de respuesta afirmativa, dar amplia información en el cuadro siguiente					
Pregunta No.	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, etc.	No. de veces que las ha sufrido o se le practicaron	Fechas	Duración	Estado actual
18. ¿Ha habido en su familia casos de diabetes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso de respuesta afirmativa especifique qué persona <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tíos 1er. grado				19. Estatura exacta sin zapatos _____ cms.
20. Peso exacto sin saco _____ kgs.	21. ¿Ha variado su peso en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Kgs. aumentados	Kgs. disminuidos	Causa o padecimiento	
22. Nombre y teléfono del médico de cabecera que acostumbra consultar					
23. ¿Hace uso de bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Clase			Cantidad en copas	
Frecuencia <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Varias veces a la semana <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Ocasional	24. ¿Fuma cigarrillos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	25. ¿Usa o ha usado drogas o estupefacientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Aceptación

Aviso de Privacidad

En cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Grupo Nacional Provincial, S.A.B., (GNP) con domicilio en Avenida Cerro de las Torres No. 395, Colonia Campestre Churubusco, C.P. 04200, Delegación Coyoacán, México D.F., hace de su conocimiento que sus datos personales, aun los sensibles, recabados o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, se celebre o haya concluido, se tratarán para identificación, análisis y administración, pudiéndose transferir a proveedores que nos proporcionan servicios para dar cumplimiento a dicha relación.

Adicionalmente, le informamos que los datos personales que recopilamos los utilizamos, en conjunto con el Grupo al que pertenecemos, para ofrecerle otros productos y servicios, como un valor agregado, sin compartir su información con terceros anunciantes.

Para limitar el uso y divulgación de sus datos, mantenemos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad.

En caso de que usted no esté de acuerdo con este aviso de privacidad, podrá ejercer su derecho de revocación por escrito y de forma inmediata en la dirección antes citada, y a partir del 6 de enero de 2012, sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición.

El presente Aviso y sus actualizaciones, estarán a su disposición en la página www.gnp.com.mx, a través de comunicados colocados en nuestras oficinas o a través de otros medios de comunicación que tengamos con usted.

Consentimiento

Autorizo a GNP a tratar mis datos personales, aun los sensibles, para los fines señalados en el presente aviso de privacidad y en caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, me obligo a informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el aviso.

Firma del Asegurado

Lugar y fecha

Datos del agente

Clave	Zona	Nombre	Firma
-------	------	--------	-------