

## Declaración de salud

Fecha		
día	mes	año

I. Datos del solicitante titular				
1	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente (si cuenta con él)
II. Datos del contratante persona física (sólo en caso de ser distinto al solicitante titular)				
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente (si cuenta con él)
III. Datos de la póliza a rehabilitar				
	Póliza No.	Cobranza No.	Días sin cobertura	
IV. Información médica (en caso de alguna respuesta afirmativa indique el detalle en el apartado 5 de esta sección)				
1.	¿Algún solicitante padece o ha padecido alguna enfermedad como hipertensión arterial, infarto, hepatitis, diabetes, epilepsia, esclerosis, fiebre reumática, SIDA, cáncer, tumores, enfermedades mentales, pulmonares, renales, neurológicas y cardiovasculares?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.	¿Algún solicitante ha sido hospitalizado o le han hecho alguna cirugía por cualquier enfermedad o accidente o alteración congénita o reconstructiva o estética? Especifique causas, secuelas y complicaciones. Fecha y estado actual.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	¿Algún solicitante padece alguna otra enfermedad no referida en el apartado 1, está en tratamiento o tiene programada atención médica o quirúrgica?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Exclusivo para mujeres (a partir de 15 años)				
	Si ha estado embarazada ¿Ha tenido alguna complicación en alguno de sus embarazos anteriores? Especifique meses de gestación y tipo de complicación		Solicitante	Especificación
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	¿Alguna solicitante está actualmente embarazada? Especifique meses de gestación		Solicitante	Especificación
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
5. Información a detalle para casos de respuesta afirmativa				
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	¿Estuvo hospitalizado?	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
		mes año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Estado actual de salud	¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	¿Estuvo hospitalizado?	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
		mes año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Estado actual de salud	¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	¿Estuvo hospitalizado?	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
		mes año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Estado actual de salud	¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	¿Estuvo hospitalizado?	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
		mes año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Estado actual de salud	¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	¿Estuvo hospitalizado?	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
		mes año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Estado actual de salud	¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique

Si requiere más espacio para proporcionar información adicional, favor de solicitar un anexo a su agente.

Conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro, Contratante y Asegurados deben declarar por escrito a la Aseguradora todos los datos requeridos en la solicitud y cuestionarios médicos respectivos, tal y como los conozca o deba conocerlos en forma verídica al momento de firmar, que permitan a la Aseguradora evaluar el riesgo a cubrir, en la inteligencia que la omisión o inexacta o falsa declaración de estos datos, originará la pérdida de derechos del asegurado y/o beneficiario(s) en su caso y la Compañía de Seguros tendrá la facultad de rescindir el contrato celebrado y de abstenerse de realizar cualquier

pago al Asegurado, aún cuando el hecho ocultado o mal informado no haya influido en la realización del siniestro. (art. 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Por lo anterior, en mi carácter de solicitante titular y/o contratante y en representación de los solicitantes, bajo protesta de decir verdad declaro que todos los hechos aquí mencionados son verídicos y estoy de acuerdo en que con base en ellos la Aseguradora valorará el riesgo a contratar.

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. todos los informes que se refieran a los estados de salud, inclusive datos de enfermedades anteriores.

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 este documento 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 este documento y de otros 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. 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.

Asimismo, reconozco que los padecimientos preexistentes no quedarán cubiertos en la póliza, aunque sean declarados en el presente documento, considerando este como parte integrante del contrato para todos los efectos a que haya lugar.

Se consideran padecimientos preexistentes, de acuerdo a las Condiciones Generales, apartado de Definiciones, aquellos que hayan sido declarados antes de la celebración del contrato, y/o; que en un expediente médico se determine su existencia a través del diagnóstico de un médico legalmente autorizado con anterioridad a la fecha de celebración del contrato, y/o; que sean diagnosticados con anterioridad a la fecha de celebración del contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o; por el que previamente a la fecha de celebración del contrato, el asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del solicitante titular**  
 (y de su representante legal si es menor de edad)

**Datos Personales y Consentimiento:**

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](http://www.gnp.com.mx). Por lo anterior:

**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.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del solicitante titular**  
 (y de su representante legal si es menor de edad)

**Datos del agente**

Clave CUA	Contrato	Folio	D.A.	Nombre	Distribución %	Firma del agente
Clave CUA	Contrato	Folio	D.A.	Nombre	Distribución %	Firma del agente