

Declaración para el trámite de reclamación de los beneficios adicionales

Fecha		
día	mes	año

Seleccione el trámite a realizar <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											
I. Esta sección deberá ser contestada por el Asegurado										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.		CURP (si cuenta con ella)		homoclave (si cuenta con ella)					
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Lugar de nacimiento		Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)			Profesión u ocupación					
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			
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	
Llénese si solicita ISE y/o BIT											
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											
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											

