

Declaración para el trámite de reclamación de los beneficios adicionales

Fecha		
día	mes	año

Seleccione el trámite a realizar

Exención del pago de Primas (BIT)
 Anticipo de Suma Asegurada (SEV)
 Cáncer y otras Enfermedades Graves

Pago de Suma Asegurada por Invalidez (ISE)
 Cobertura Mujer
 Indemnización Diaria por Hospitalización

I. Esta sección deberá ser contestada por el Asegurado

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Código Cliente	
Póliza No.		¿Tiene pólizas de Gastos Médicos Mayores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Compañía		Números de póliza	
Fecha de nacimiento día mes año		R.F.C. letras año mes día		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 día mes año	
Domicilio completo		clave lada Teléfono	
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico		Fecha de consulta día mes año	
Domicilio completo		clave lada Teléfono	
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico		Fecha de consulta día mes año	
Domicilio completo		clave lada Teléfono	

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. 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.

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														
<hr/> <hr/> <hr/>														
Padecimiento que dio origen a la invalidez o enfermedad							Fecha de inicio	día	mes	año				
Signos y síntomas														
<hr/>														
Historia hospitalaria														
Fecha de ingreso		día	mes	año	Fecha de alta		día	mes	año	Nombre del hospital				
Diagnóstico del padecimiento														
<hr/> <hr/>														
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														
<hr/> <hr/>														
Tratamiento														
<hr/> <hr/>														
Pronóstico final														
<hr/> <hr/>														
Tiempo probable de la duración de la invalidez en su caso														
¿La afección imposibilita al Asegurado a desempeñar su trabajo habitual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					¿Le impide tener otra ocupación compatible con sus conocimientos y aptitudes? <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					
<hr/>														
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 style="text-align: center;"> Fechado en _____ el día _____ de _____ del año _____. </p>														
_____ Firma del médico														