

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?		Compañía		Números de póliza						
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
Fecha de nacimiento	día	mes	año	R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	CURP (si cuenta con ella)	
Sexo	Lugar de nacimiento		Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)			Profesión u ocupación					
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
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										
Padecimiento que dio origen a la invalidez o enfermedad										
								Fecha de inicio		
								día	mes	año
Signos y síntomas										
Historia hospitalaria										
Fecha de ingreso			Fecha de alta			Nombre del hospital				
día			día							
mes			mes							
año			año							
Diagnóstico del padecimiento										
Fecha del diagnóstico			Fecha del inicio del padecimiento			Accidente		Fecha del accidente		
día			día			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		día		
mes			mes					mes		
año			año					año		
Estado actual										
Tratamiento										
Pronóstico final										
Tiempo probable de la duración de la invalidez en su caso										
¿La afección imposibilita al Asegurado a desempeñar su trabajo habitual?					¿Le impide tener otra ocupación compatible con sus conocimientos y aptitudes?					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<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	
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										