

## Declaración para el trámite de reclamación de los beneficios adicionales

Fecha		
día	mes	año

<b>Seleccione el trámite a realizar</b> <input type="checkbox"/> Exención del pago de Primas (BIT)				<input type="checkbox"/> Anticipo de Suma Asegurada (SEV)						
<input type="checkbox"/> Pago de Suma Asegurada por Invalidez (ISE)				<input type="checkbox"/> Cobertura Mujer						
<b>I. Esta sección deberá ser contestada por el Asegurado</b>							Código Cliente			
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)						
Póliza No.		Números de pólizas adicionales que tiene el Asegurado			Lugar de nacimiento					
Fecha de nacimiento	día	mes	año	R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	CURP (si cuenta con ella)
Sexo	Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)			Profesión u ocupación			Actividad o giro del negocio donde trabaja			
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M										
Correo electrónico (si cuenta con él)					¿El Asegurado tiene hábito de fumar?					
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>Domicilio particular</b>										
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
<b>Datos de los médicos que lo atendieron</b>										
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										
<b>II. Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra del médico que atiende al Asegurado</b>										
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, diagnóstico de ingreso, resultado de estudios efectuados, diagnóstico definitivo, pronóstico y tratamiento)

---

---

---

---

---

Estado actual

---

---

---

---

Pronóstico final

---

---

---

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 adicionales**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Datos del médico** (que requisita esta declaración)

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
R.F.C. <small>letras</small>   <small>año</small>   <small>mes</small>   <small>día</small>   <small>homoclave</small> <small>(si cuenta con ella)</small>	Registro S.S.A.	Cédula profesional

**Domicilio particular**

Calle		No. exterior	No. interior		
Colonia			C.P.		
Municipio o delegación	Ciudad o población	Entidad federativa	Pais (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.

Fechado en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_

Firma del médico