

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"/> Pago de Suma Asegurada por Invalidez (ISE)	<input type="checkbox"/> Cobertura Mujer		
I. Esta sección deberá ser contestada por el Asegurado			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)
Sexo	Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)	Profesión u ocupación	CURP (si cuenta con ella)
<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	
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
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, 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. 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	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