

NO. PÓLIZA	FECHA (dd/mm/aaaa)

Por favor, llene este documento con letra de molde y tinta negra. No omita ningún dato ni utilice abreviaturas. Esta Solicitud no será válida si presenta tachaduras o enmendaduras.

SOLICITANTE				
CÓDIGO DE CLIENTE +	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)	EDAD
TIPO DE SOLICITUD		MOTIVO DE SOLICITUD SUBSECUENTE		
<input type="radio"/> Primera vez <input type="radio"/> Solicitud subsecuente		<input type="radio"/> Renovación de Riesgo Selecto <input type="radio"/> Rechazo de Cuestionario Anterior		

[+] Si cuenta con él.

<b>INFORMACIÓN MÉDICA</b>	En caso de respuesta afirmativa a alguna de las siguientes preguntas médicas, amplíe la información en el siguiente apartado de esta sección.				
	<b>1. ¿Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?</b>				
	▶ Hipertensión arterial (presión arterial alta), colesterol alto (más de 200 mg/dl) o problemas del corazón (arritmias, angina de pecho, infarto agudo al miocardio)	<input type="radio"/>	Si	<input type="radio"/>	No
	▶ Diabetes	<input type="radio"/>	Si	<input type="radio"/>	No
▶ Problemas de la tiroides	<input type="radio"/>	Si	<input type="radio"/>	No	
▶ Epilepsia, accidente cerebrovascular (EVC, trombosis), migraña, dolor de cabeza recurrente o convulsiones	<input type="radio"/>	Si	<input type="radio"/>	No	
▶ Asma, bronquitis crónica (EPOC), enfisema	<input type="radio"/>	Si	<input type="radio"/>	No	
▶ Tumores, cáncer, SIDA o trasplante de órganos	<input type="radio"/>	Si	<input type="radio"/>	No	
<b>2. ¿Ha recibido alguna transfusión de sangre?</b>					
	<input type="radio"/>	Si	<input type="radio"/>	No	
<b>3. ¿Usted fuma?</b>					
	<input type="radio"/>	Si	<input type="radio"/>	No	

NO. PREGUNTA	NOMBRE DEL PADECIMIENTO O Á	FECHA DE DIAGNÓSTICO (mm/aaaa)	TIPO DE TRATAMIENTO
		(mm/aaaa)	
OBSERVACIONES			

<b>CONSENTIMIENTO</b>	Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial S.A.B. (GNP), el cual contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles. Asimismo, se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página <a href="http://gnp.com.mx">gnp.com.mx</a> . Por lo anterior:	
	<b>SOLICITANTE</b>	
	<input type="radio"/> Si consiento dicho tratamiento	<input type="radio"/> No consiento dicho tratamiento
En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares de datos, reconozco mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta.		

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

*El Solicitante declara(n) que le(s) fue entregado y explicado el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que se refiere a sus derechos básicos, Coberturas, Exclusiones, Periodos de Espera, Cláusulas Generales y/o Particulares las cuales conoce(n), entiende(n) y acepta(n) como parte integrante del Contrato a que se refiere este documento en términos del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro (Precepto legal disponible en [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx)). Las exclusiones y limitantes pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro y tiene(n) conocimiento que las Condiciones Generales del Contrato de Seguro también se encuentran en la página [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx), puede(n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando al 52 27 9000 desde la Ciudad de México o al 01 800 400 9000 desde el Interior de la República o mediante el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.*

**“Este documento sólo constituye un Cuestionario para el Beneficio de Riesgo Selecto y, por lo tanto, no representa garantía alguna de que el Beneficio será otorgado por la empresa de seguros”.**

AGENTE			
CUA	D.A.	NOMBRE DEL AGENTE	FIRMA DEL AGENTE

<b>FIRMAS</b>	Bajo protesta de decir verdad, declaro que el contenido del presente documento es cierto y, bajo el principio de la buena fe, he (hemos) llenado el formato de mi (nuestro) puño y letra.
	SOLICITANTE Nombre y firma