

Clave Agente

Solicitud - Cuestionario Médico de Seguro Individual - Familiar Línea Azul

Favor de llenar esta solicitud con letra de molde y tinta negra. No omitir ningún dato.
 Esta solicitud no será válida si presenta tachaduras o enmendaduras.

Firma del solicitante

1. Datos del Titular o Contratante

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
R.F.C.	Domicilio (Calle y no. exterior e interior)	
Colonia	Población	Estado
Larga distancia	Teléfono particular	Teléfono oficina
0 1	E-mail	

Solicitante	2. Solicitantes. Nombre completo	Fecha de nacimiento	Sexo	Estatura (mts.)	Peso (Kgs.)	Ocupación (Sólo mayor de edad)
A (Titular)	Apellido paterno - Apellido materno - Nombre(s)	día mes año	F M ☐ ☐			
B			☐ ☐			
C			☐ ☐			
D			☐ ☐			
E			☐ ☐			

Viajes al extranjero Si alguno de los solicitantes va a viajar al extranjero en los próximos 6 meses con una permanencia mayor a 3 meses, indíquelo a continuación anotando la letra del solicitante que corresponda (A, B, C, D, E,)

Domicilio distinto Si alguno de los solicitantes no vive en el mismo domicilio del solicitante titular, favor de indicarlo con la letra que le corresponda (A, B, C, D, E)

Solicitante	Número de meses	Lugar

Solicitante	Población	Código Postal

3. Producto a contratar

Tabulador	Internacionales		Tabulador	Nacionales			
	☐ Línea Azul VIP ☐ Novus ☐ Excelsis ☐ Tempus	☐ Línea Azul Internacional		☐ Premier 100 ☐ Novus ☐ Excelsis ☐ Tempus ☐ Omnia	☐ Premier 200 ☐ Novus (Excepto Metropolitana) ☐ Excelsis ☐ Tempus ☐ Omnia	☐ Premier 300 ☐ Tempus ☐ Omnia ☐ Decus ☐ Certum	☐ Premier 400 ☐ Omnia ☐ Decus ☐ Certum
Suma Asegurada		Deducible		Coaseguro			
Conducto de pago				Forma de pago			
☐ CAT Cargo Automático a Tarjeta		☐ CACH Cargo Automático a Chequera		☐ Agente		☐ Mensual* *Mensual sólo vía Cargo Automático a Tarjeta (CAT) y Cargo Automático a Chequera (CACH)	
				☐ Trimestral		☐ Semestral	
				☐ Anual			
Coberturas Opcionales							
☐ Accidentes Personales (AP)		☐ Salud Familiar (CSF)		☐ Acceso a las clínicas de Médica Integral GNP (CAMI)			
☐ Enfermedades Catastróficas en el Extranjero (CECE)		☐ Respaldo Hospitalario (RH) \$ _____ (Indemnización diaria por hospitalización)		☐ _____			

4. Ocupación. Indique si alguno de los solicitantes se dedica o trabaja en alguna de las siguientes actividades:

- ☐ NO ☐ SI
- Operador de maquinaria pesada
 - Trabaja con explosivos, solventes, productos químicos peligrosos
 - Visita o asiste a obras o construcciones
 - Utiliza, maneja o su trabajo está relacionado con la utilización o portación de armas de fuego - seguridad - rescate
 - Agrícola con uso de fertilizantes, pesticidas, herbicidas, etc.

En caso afirmativo, proporcionar la siguiente información:

Solicitante	No. de actividad	Describe las funciones que realiza:	Actividad o giro de la empresa

5. Información Médica

5.1 ¿Algún solicitante padece o ha padecido alguna enfermedad como?:

Hipertensión arterial, infarto, hepatitis, diabetes, epilepsia, esclerosis, fiebre reumática, SIDA, cáncer, tumores, enfermedades mentales, pulmonares, renales, neurológicas y cardiovasculares.

NO ☐ SI ☐ En caso afirmativo, indicar el detalle correspondiente en el apartado 5.5

5.2 ¿Algún solicitante ha sido hospitalizado, o le han hecho alguna cirugía (incluyendo cirugías ambulatorias) por cualquier enfermedad o accidente?

NO ☐ SI ☐ En caso afirmativo, indicar el detalle correspondiente en el apartado 5.5

5.3 ¿Algún solicitante padece alguna otra enfermedad no referida en el apartado 5.1, está en tratamiento, tiene programada atención médica o cirugía?

NO ☐ SI ☐ En caso afirmativo, indicar el detalle correspondiente en el apartado 5.5

5.4 Exclusivo para mujeres

Solicitante	¿Algún solicitante está actualmente embarazada?	¿Ha tenido alguna complicación en alguno de sus embarazos?
	NO ☐ SI ☐ Meses de Gestación _____	NO ☐ SI ☐ Especifique _____
	NO ☐ SI ☐ Meses de Gestación _____	NO ☐ SI ☐ Especifique _____

5.5 Información a detalle para casos de respuesta afirmativa

Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	¿Estuvo hospitalizado?	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique:
		Mes _____ Año _____	NO ☐ SI ☐	
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento?. Especifique:
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	¿Estuvo hospitalizado?	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique:
		Mes _____ Año _____	NO ☐ SI ☐	
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento?. Especifique:
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	¿Estuvo hospitalizado?	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique:
		Mes _____ Año _____	NO ☐ SI ☐	
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento?. Especifique:
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	¿Estuvo hospitalizado?	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique:
		Mes _____ Año _____	NO ☐ SI ☐	
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento?. Especifique:
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	¿Estuvo hospitalizado?	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique:
		Mes _____ Año _____	NO ☐ SI ☐	
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento?. Especifique:
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	¿Estuvo hospitalizado?	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique:
		Mes _____ Año _____	NO ☐ SI ☐	
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento?. Especifique:

Si requiere llenar con más información, favor de solicitar un anexo a su agente

6. Hábitos personales

Solicitante	Fuma o fumó	¿Cuántos cigarros o puros al día?	¿Cuándo dejó de fumar?	¿Consume o consumió bebidas alcohólicas?	Cantidad en copas	¿Con qué frecuencia?				¿Usa o ha usado drogas o estupefacientes?	Especificar
	NO ☐ SI ☐			NO ☐ SI ☐		diario	semanal	quincenal	mensual	NO ☐ SI ☐	
	☐ ☐			☐ ☐		☐	☐	☐	☐	☐ ☐	
	☐ ☐			☐ ☐		☐	☐	☐	☐	☐ ☐	
	☐ ☐			☐ ☐		☐	☐	☐	☐	☐ ☐	

7. Deportes y/o aficiones que practica

Solicitante	¿Qué deportes practica?	No profesional	Profesional	Indique la frecuencia de la práctica
		☐	☐	No. de veces _____ ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual
		☐	☐	No. de veces _____ ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual
		☐	☐	No. de veces _____ ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual
		☐	☐	No. de veces _____ ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual

8. Beneficiarios

En caso de haber solicitado coberturas opcionales de Accidentes Personales (AP) y Respaldo Hospitalario (RH) designar beneficiarios

Nota Importante: El asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre.

La designación de beneficiarios otorga el derecho de los beneficios del seguro, por lo que no son recomendables las designaciones para que una persona cobre la Suma Asegurada y la entregue a otros. En caso que desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para evitar que cobre la indemnización, en su representación. Lo anterior, porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de beneficiarios menores de edad, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Solicitante	Nombres completos de los beneficiarios y % de participación	%	Cobertura	
			AP	RH
	Apellido paterno - Apellido materno - Nombre(s)		☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

LA TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD NO IMPLICA LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO POR PARTE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Se informa que este cuestionario médico forma parte del contrato de Seguro.

DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE (Leerlo antes de firmar). Conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro, se deben declarar todos los datos requeridos en esta solicitud en forma verídica; en la inteligencia que la inexacta o no declaración de estos datos originará la pérdida de derechos del asegurado y/o beneficiarios. En caso de alguna omisión o inexacta declaración de los hechos importantes, la Compañía de Seguros tiene la facultad de rescindir el contrato celebrado y de abstenerse de realizar cualquier pago a favor del Asegurado (Art. 8, 47 Ley sobre el Contrato de Seguro).

Asimismo, autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado pólizas, para que proporcionen a Grupo Nacional Provincial, S.A., la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de mi solicitud y que a su vez, GNP proporcione a cualquier otra empresa del ramo, la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de Seguro del ramo que le sea solicitada por mi persona.

Si ha estado asegurado con otras compañías y requiere reducir o eliminar periodos de espera, anexe a esta solicitud la carátula de la póliza en donde se indique la antigüedad de cada asegurado, condiciones de aseguramiento y el comprobante de pago de la misma.

Bajo protesta de decir verdad declaro: que todos los hechos aquí mencionados son verídicos y estoy de acuerdo en que con base en ellos la aseguradora valore el riesgo a contratar. Asimismo, reconozco que los padecimientos preexistentes no quedarán cubiertos en la póliza, salvo si fueron expresamente cubiertos por la aseguradora, considerando este documento como parte integrante de mi contrato para todos los efectos a que haya lugar.

Se consideran padecimientos preexistentes, de acuerdo a las Condiciones Generales, apartado de Definiciones, aquellos cuyos síntomas o signos se manifestaron antes del inicio de cobertura para cada Asegurado, se encuentren o no declarados en el Cuestionario Médico o aquellos por los que se hayan efectuado gastos o realizado un diagnóstico que señale que dichos síntomas o signos tuvieron inicio en fecha anterior a la contratación del seguro para cada Asegurado, cualquiera que sea su causa y/o complicación.

Lugar y fecha

Nombre y firma del solicitante titular
(Y de su representante legal si es menor de edad)

Nombre y firma del contratante
(Sólo si es diferente al solicitante)

Para ser llenado por el agente

¿Cuánto tiempo hace que conoce al solicitante?		Si recientemente conoció al solicitante, indicar cómo verificó su identidad y en dónde tuvo su entrevista de propuesta para esta solicitud.	
¿Le consta a usted que su cliente firmó esta solicitud? SI ☐ NO ☐ Si su respuesta es negativa, indique la causa		¿Recomienda usted a su cliente, tanto por su aspecto saludable como por su moralidad, hábitos y reputación? SI ☐ NO ☐ Amplie en caso necesario	
Nombre Completo del Agente			Firma del Agente
Clave	Zona	e-mail	

ACEPTACIÓN DE CARGO AUTOMÁTICO A TARJETA (CAT) ○**CARGO POR ÚNICA VEZ (CUT) ○**☐ Mensual☐ Trimestral☐ Semestral☐ Anual

No. de autorización _____

Fecha de cargo _____

Solicito y autorizo a Banco Nacional de México, S.A. o cualquier otra institución afiliada a Visa, Master Card o American Express para que con base en el contrato de apertura de crédito que tengo celebrado y respecto al cual se me expidió la tarjeta de crédito abajo citada, o en su caso el número de tarjeta que por reposición de la anterior por robo o extravío de la misma me haya asignado el banco, se sirvan pagar por mi cuenta a **Grupo Nacional Provincial, S.A.**, los cargos por los conceptos, periodicidad y monto que se detallan a continuación. El negocio afiliado arriba detallado, será responsable de cumplir con la calidad y entrega de los productos y servicios ofrecidos, liberando al Banco de cualquier reclamación que se genere por parte del tarjetahabiente.

Entiendo que me reservo el derecho de poder cancelar la Póliza u optar por otro conducto de pago cuando así lo desee, previa notificación por escrito a **Grupo Nacional Provincial, S.A.** con 30 días de anticipación al inicio de la vigencia del recibo con próximo vencimiento.

Grupo Nacional Provincial, S.A. entenderá recibidos los pagos al momento en que la institución otorgante del crédito acepte el cargo.

Nombre del Asegurado

 Nombre(s) - Apellido paterno - Apellido materno
Datos del tarjetahabiente

(Sólo en caso de ser diferente al Asegurado)

 Nombre(s) - Apellido paterno - Apellido materno
Relación con el Asegurado

 ID

ID

Fecha de Vencimiento

Banco Emisor

Tarjeta No.

 ID

ID

MES / AÑO

☐ VISA/Master Card☐ American Express

Tarjeta

Opcional No.

 MES / AÑO

ID

MES / AÑO

☐ VISA/Master Card☐ American Express
 Importe del cargo en
 moneda nacional

\$

 Importe del cargo

 Importe del cargo
 en dólares

\$

 No. de Póliza /

 solicitud

 Firma Autorizada del tarjetahabiente

Firma Autorizada del tarjetahabiente

Nombre, firma y clave del agente

Tipo y No. de Identificación

Emisor

CARGO A CHEQUERA**DOMICILIACIÓN BANCARIA**☐ Mensual☐ Trimestral☐ Semestral☐ Anual

Exclusivamente para chequeras en moneda nacional - personas físicas

Autorizo a _____ (en los sucesivos "El Banco") para que realice por mi cuenta el (los) pago (s) por los conceptos que en este documento se detallan, con cargo a la cuenta bancaria identificada por la CLABE (Clave Bancaria Estandarizada) o número de tarjeta de débito indicado al rubro. Convengo en que El Banco queda liberado de toda responsabilidad si el Emisor ejercitara acciones contra mí, derivados de la Ley o el Contrato que tengamos celebrado, y que El Banco no estará obligado a efectuar ninguna reclamación al Emisor; ni interponer recursos de ninguna especie, contra multas, sanciones o cobros indebidos, todo lo cual, en caso de ser necesario, será ejecutado por mí. El Banco tampoco será responsable si el Emisor no entregara oportunamente los comprobantes de servicios, o si los pagos se realizaran extemporáneamente por razones ajenas a El Banco, el cual tendrá absoluta libertad de cancelarme este servicio si en mi cuenta no existieran fondos suficientes para cubrir uno o más de los pagos que requiera el Emisor, o bien, ésta estuviera bloqueada por algún motivo.

Estoy de acuerdo que el número de póliza puede cambiar anualmente por la administración de GNP. Asimismo, acepto que los cargos subsequentes pueden ser variables de acuerdo al plan de seguro contratado. Del mismo modo, estoy de acuerdo en que se utilice esta misma forma de pago en las renovaciones posteriores así como en los ajustes en la prima que correspondan. Para evitar la cancelación de mi póliza, todos los cargos serán realizados al inicio de vigencia de cada recibo.

Nombre del Asegurado

 Nombre(s) - Apellido paterno - Apellido materno

E-mail del asegurado o contratante

Teléfono

Datos del cuentahabiente

(Sólo en caso de ser diferente al Asegurado)

 Nombre(s) - Apellido paterno - Apellido materno
Relación con el Asegurado

 CLABE

CLABE

Clave Bancaria Estandarizada

Banco

 No. de Tarjeta
 de Débito

 No. de Póliza /

 solicitud

 Importe del cargo en

 Importe del cargo
 en dólares

\$

 NOTAS:

El cargo se realizará en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio establecido por El Emisor en la fecha de cobro.

El agente de seguros se obliga a verificar los datos de la CLABE responsabilizándose de la autenticidad de éstos, de acuerdo al Art. 10 de la Ley de Títulos y Operaciones de Crédito.

Independientemente de lo previsto por el Art. 57 Fracc. I, II de la Ley de Títulos y Operaciones de Crédito, el asegurado y/o contratante será responsable de cualquier reversión en los cargos autorizados a la institución en los términos previstos en el contrato de seguro.

Nombre(s) y firma(s) de la(s) personas física(s) que otorga(n) la autorización

Nombre, firma y clave del Agente de Seguros

En caso de cuentas mancomunadas, son indispensables las firmas y nombres que se establezcan en los contratos bancarios