

## DECLARACION DE SALUD

### Grupo Nacional Provincial S. A.

#### A quien corresponda:

En vista de que no tuvimos cobertura de Gastos Médicos y/o Accidentes Personales por \_\_\_\_\_ días, declaro los siguientes hechos que formarán parte en lo sucesivo de la rehabilitación de mi póliza No. \_\_\_\_\_.

Me dirijo a ustedes para confirmar que del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_\_, SI ☐ NO ☐ hemos consultado algún médico, hemos estado bajo tratamiento o tomado algún medicamento.

En caso de respuesta afirmativa, especifique:

| Asegurado | Padecimiento | Fecha |     |     |
|-----------|--------------|-------|-----|-----|
|           |              | día   | mes | año |
|           |              |       |     |     |
|           |              |       |     |     |
|           |              |       |     |     |

☐ SI ☐ NO hemos estado internados en un hospital o clínica para estudios, operación o tratamiento.

En caso de respuesta afirmativa, especifique:

| Asegurado | Padecimiento | Fecha |     |     |
|-----------|--------------|-------|-----|-----|
|           |              | día   | mes | año |
|           |              |       |     |     |
|           |              |       |     |     |
|           |              |       |     |     |

Declaro que nuestro estado de salud es:

Completamente sanos ☐

Estables bajo tratamiento ☐

Tenemos pendiente una cirugía u otro tipo de tratamiento y/o estudio ☐

Detalles sobre padecimientos:

| Asegurado | Padecimiento | Fecha |     |     |
|-----------|--------------|-------|-----|-----|
|           |              | día   | mes | año |
|           |              |       |     |     |
|           |              |       |     |     |
|           |              |       |     |     |

Enterado de que Contratante y Asegurados tienen obligación de declarar por escrito a la Aseguradora en la solicitud y cuestionarios médicos respectivos, los hechos importantes que conozcan o deban conocer al momento de celebrar el Contrato, que permitan a la Aseguradora apreciar el riesgo a cubrir. Enterado de que en caso de omisión o inexacta o falsa declaración por parte del contratante y/o Asegurado podrá rescindir de pleno derecho el Contrato, aún cuando el hecho ocultado o mal informado no haya influido en la realización del siniestro. (Artículo 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Además autorizo a los médicos o personas que nos hayan asistido o examinado, o a los hospitales o clínicas a los que hayamos ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a GRUPO NACIONAL PROVINCIAL, S.A. todos los informes que se refieren a nuestro estado de salud, inclusive los datos de enfermedades anteriores. Para tal efecto relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional.

México \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

40 20 61

Nombre y Firma del Contratante o Titular

PARA USO EXCLUSIVO DE GRUPO NACIONAL PROVINCIAL S.A.

PCC

SI ☐

NO ☐

Declaración de Salud (condiciones normales)

SI ☐

NO ☐

Dictamen Final (aprobado)

SI ☐

NO ☐

---

Nombre y Firma del Consultor

---

Fecha revisión