

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.

Méjico _____ 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