

Anexo de la Solicitud de Seguro

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

Póliza No.	Fecha		
	día	mes	año

Si en el apartado 5 de la sección VI. Información Médica de la Solicitud de Seguro marcó alguna enfermedad para algún(os) (de los) solicitante(s), indique para quién (1, 2, 3, 4, 5 y 6) y conteste las preguntas.

Nombre del solicitante titular			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente (si cuenta con él)

5. Información a detalle para casos de respuesta afirmativa en las preguntas de la 1 a la 4 de la sección VI. Información médica

Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	mes	año	¿Estuvo hospitalizado?	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?			¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique	
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	mes	año	¿Estuvo hospitalizado?	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?			¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique	
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	mes	año	¿Estuvo hospitalizado?	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?			¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique	
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	mes	año	¿Estuvo hospitalizado?	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?			¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique	
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	mes	año	¿Estuvo hospitalizado?	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?			¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique	
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	mes	año	¿Estuvo hospitalizado?	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?			¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique	
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	mes	año	¿Estuvo hospitalizado?	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?			¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique	
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	mes	año	¿Estuvo hospitalizado?	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?			¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique	
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	mes	año	¿Estuvo hospitalizado?	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?			¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique	

Datos del agente			
Clave	D.A.	Nombre	Correo electrónico
CUA	Contrato		

Firma del solicitante titular

www.gnp.com.mx