

Solicitud de Rehabilitación

Favor de ser llenada con letra de molde

No. de Cliente	No. de Póliza	Fecha		
		día	mes	año

Datos del Solicitante 1

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento	día	mes	año

Solicitante de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., la rehabilitación de mi póliza arriba indicada

1. Profesión u ocupación actuales	2. Ingresos mensuales	3. Empresa en la que se desempeña
4. Precisar en qué consiste su trabajo		
5. ¿El Solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal, o Federal en los últimos cuatro años? Definir cargo y Dependencia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Datos del Solicitante 2

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento	día	mes	año

Solicitante de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., la rehabilitación de mi póliza arriba indicada

1. Profesión u ocupación actuales	2. Ingresos mensuales	3. Empresa en la que se desempeña
4. Precisar en qué consiste su trabajo		
5. ¿El Solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal, o Federal en los últimos cuatro años? Definir cargo y Dependencia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Deportes y aficiones

En la actualidad	Solicitante		
	Sí	No	
6 ¿Hace uso de motocicleta?	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marca(s) y Cilindrada
	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 ¿Viaja en aeronaves particulares?	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de aeronave(s) y horas de vuelo
	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 ¿Practica algún deporte o afición?	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si practica algún deporte peligroso como alpinismo, buceo, automovilismo, motociclismo, etc., es necesario llenar el cuestionario correspondiente.

Cuestionario médico. En caso de presentar Examen Médico, omitir de la pregunta 9 a la 25.

	Solicitante		Especificación (si requiere mayor espacio, solicite un anexo a su Agente)
	Sí	No	
9 ¿Tiene alguna otra ocupación? Especifique cuál y en qué consisten sus labores.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 ¿Tiene antecedentes penales? Especifique causas, consecuencias y fecha.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 ¿Ha sido rechazado o extraprimado en alguna Solicitud de Seguro? Especifique causa y cuándo.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12 ¿Algún solicitante ha sido hospitalizado o le han hecho alguna cirugía por cualquier enfermedad o accidente o alteración congénita o reconstructiva o estética? Especifique causas, secuelas y complicaciones. Fecha y estado actual.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13 ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad hepática, mental, pulmonar, renal, neurológica, cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes, epilepsia, esclerosis múltiple, fiebre reumática, SIDA, cáncer, tumores, leucemia, lupus, alcoholismo o drogadicción?	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14 ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad no referida, actualmente está en tratamiento o tiene programada atención médica o quirúrgica? Especifique cuál(es) y/o por qué causa.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Firma del Solicitante 1

Firma del Solicitante 2

