

Este documento deberá ser llenado con información correcta y firmado por el Contratante y Asegurado.

Fecha de llenado			No. de Póliza
día	mes	año	

No sera valido con tachaduras o enmendaduras.

I.- Datos del asegurado

Nombre del asegurado:

Ocupación actual:

Indique puesto en el que labora y en qué consisten sus actividades

¿El solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en los últimos cuatro años?

- Si
 No

En caso afirmativo definir cargo y dependencia:

II.- Declaración de salud

¿El solicitante padece o ha padecido alguna enfermedad hepática, mental, pulmonar, renal, neurológica, cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes, epilepsia, esclerosis múltiple, fiebre reumática, SIDA, VIH, cáncer, tumores, leucemia, lupus, alcoholismo, drogadicción o alguna otra enfermedad degenerativa no mencionada anteriormente?

- Si
 No

En caso afirmativo especifique cuál(es), fecha, duración y estado actual:

¿Ha fumado en los últimos 12 meses?

- Si
 No

Aceptación

La póliza de seguro a que se refiere la presente Solicitud de Rehabilitación, se considerará rehabilitada con base en las declaraciones hechas por el Asegurado en la misma, siempre que pague a GNP las primas que le adeuda, más los costos por rehabilitación que se hayan generado, justificando su asegurabilidad mediante nuevas pruebas, a juicio de GNP.

El Asegurado acepta que el Contrato de Seguro que se rehabilitará como efecto de esta Solicitud, será indisputable desde el momento en que se cumpla dos años, contados a partir de la fecha de su última rehabilitación. Si GNP, en algún momento posterior a la fecha de rehabilitación y dentro de los dos años siguientes a la misma, obtiene cualquier tipo de pruebas que demuestren que las declaraciones vertidas en esta Solicitud fueron falsas o inexactas o el Asegurado omitió declarar información que conocía en el momento de firmarla y presentarla, facultarán a GNP para disputar la póliza.

Datos personales

Reconozco que previo a proporcionar mis datos personales se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (en lo sucesivo GNP), el cual he leído y comprendido, por lo que tengo conocimiento de (i) la identidad y domicilio de GNP; (ii) los datos personales que serán sujetos a tratamiento; (iii) las finalidades primarias y secundarias del tratamiento, así como las transferencias que van a efectuarse; (iv) los medios habilitados para limitar el uso o divulgación de mis datos personales y/o revocar mi consentimiento, así como para ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Asimismo manifiesto tener conocimiento que puedo consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página www.gnp.com.mx. Por lo anterior, en mi carácter de titular y una vez que he sido informado sobre el tratamiento al que serán sujetos mis datos personales, otorgo mi consentimiento expreso y por escrito para que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. trate mis datos personales en términos de lo señalado en el referido Aviso de Privacidad.

Datos personales

En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento, así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta. Entiendo que el consentimiento para el tratamiento de mis datos personales no será necesario cuando la finalidad del tratamiento sea cumplir obligaciones derivadas de la relación jurídica que en su caso se establezca, tal como lo sería la formalización del contrato de seguro.

Nombre y firma del contratante

Nombre y firma del asegurado

Confirmación de información y datos

Confirmando que la información y los datos proporcionados en la presente solicitud de rehabilitación son ciertos y correctos.

Nombre y firma del contratante

Nombre y firma del asegurado