

## Solicitud de Rehabilitación

Datos del Asegurado					
Póliza No.	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento	día mes año
<b>Solicito de Grupo Nacional Provincial, S. A., la rehabilitación de mi póliza arriba indicada.</b> Con dicho objeto y en la inteligencia de que la Compañía basará su resolución sobre lo que hago constar, a continuación contesto las siguientes preguntas:					
1. Profesión u ocupación actuales	2. Precisar en qué consisten sus trabajos		3. Empresas en que las desempeña		
4. Ingresos anuales	5. Deportes y/o aficiones peligrosas que practica, (tales como motociclismo, automovilismo, alpinismo, charrería, buceo, etc.)				
Tipo de competencias <input type="checkbox"/> Amateur <input type="checkbox"/> Profesional		Frecuencia	Desea cubrir el riesgo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		6. ¿Utiliza motocicleta como medio de transporte, para desempeñar sus labores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Viaja en aviones particulares o militares como pasajero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			8. ¿Ha sido o ha recibido instrucciones para piloto aviador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo a las preguntas anteriores requisitar el Cuestionario de aviación.					
En caso de presentar examen médico, omitir de la pregunta 9 a la 24					
Cuestionario médico					
9. ¿Tiene o ha tenido algún defecto en la vista o audición?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	14. ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Padece o ha padecido alguna deformidad, falta parcial o total de un miembro, presión arterial alta, enfermedades de riñón, corazón, cáncer, hígado, tumores, diabetes, problema nervioso o alguna otra enfermedad, afección o lesión?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	15. ¿Tiene planeado hacerse alguna intervención quirúrgica o ha estado internado en algún Hospital, Clínica, Sanatorio o Institución para estudios, electrocardiogramas, rayos X, TAC, Resonancia Magnética, observación, operación o tratamiento?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11. ¿Ha recibido tratamiento por alcoholismo o cualquier hábito de drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	16. ¿Le han dicho que tiene el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), con o sin síntomas, complejo relacionado al SIDA (CRS) o ha recibido tratamiento alguno para estos problemas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12. ¿Está bajo tratamiento o tomando algún medicamento?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
13. ¿En los últimos cinco años ha consultado algún médico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
<b>Si las consultas o estudios practicados en las preguntas 13 y 15 se efectuaron para chequeo, indique el resultado de los mismos.</b>					
En caso de respuesta afirmativa, dar amplia información en el cuadro siguiente					
Pregunta No.	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, etc.	No. de veces que las ha sufrido o se le practicaron	Fechas	Duración	Estado actual
17. ¿Ha habido en su familia casos de diabetes?	En caso de respuesta afirmativa especifique qué persona			18. Estatura exacta sin zapatos _____ cms.	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tíos 1er. grado				
19. Peso exacto sin saco _____ kgs.	20. ¿Ha variado su peso en los últimos 12 meses?	Kgs. aumentados	Kgs. disminuidos	Causa o padecimiento	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
21. Nombre y teléfono del médico de cabecera que acostumbra consultar					
22. ¿Hace uso de bebidas alcohólicas?		Clase		Cantidad en copas	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Frecuencia <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Varias veces a la semana <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Ocasional			23. ¿Fuma cigarrillos?	24. ¿Usa o ha usado drogas o estupefacientes?	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Firma del Asegurado			Lugar y fecha		
Datos del agente					
Clave	Zona	Nombre		Firma	