

Formato para aplicar el beneficio de Segunda Opinión Médica o Tercera Opinión Médica

No. de Póliza	FECHA (dd/mm/aaaa)

Seleccione el beneficio que solicita:		
<input type="checkbox"/> Segunda Opinión Médica	<input type="checkbox"/> Tercera Opinión Médica	
Seleccione el motivo:		
<input type="checkbox"/> Para confirmar el diagnóstico	<input type="checkbox"/> Para confirmar el procedimiento	<input type="checkbox"/> Para confirmar tratamiento
<input type="checkbox"/> Para valorar otra alternativa de procedimiento	<input type="checkbox"/> Para valorar otra alternativa de tratamiento	

Datos del contratante y/o asegurado que solicita la aplicación del beneficio

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
Teléfono	Correo electrónico de contacto	

Datos del asegurado para quien se solicita la aplicación de segunda o tercera opinión médica (Llenar solo en caso que sea distinta a la persona que solicita)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
Teléfono	Correo electrónico de contacto	

Datos personales y consentimiento

Reconozco que previo a proporcionar mis datos personales incluyendo los del(los) menor(es) de edad de los cuales ostentó la patria potestad y/o debida representación legal o tutela (en caso de aplicar), 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 gnp.com.mx. Por lo anterior, y una vez que he sido informado sobre el tratamiento al que serán sujetos los datos personales, otorgo consentimiento expreso y por escrito para que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. los trate en términos de lo señalado en el referido Aviso de Privacidad. 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 o de quien(es) ostente(n) la patria potestad y/o debida representación legal o tutela, 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 los datos personales no será necesario cuando la finalidad del tratamiento sea cumplir obligaciones derivadas de la relación jurídica que en su caso se establezca.

Solicitante Titular (y de su Representante Legal si es menor de edad)	Contratante (Solo si es diferente al Solicitante Titular)
Nombre y firma	Nombre y firma

OM082031

Bajo protesta de decir verdad, declaro que el contenido del presente cuestionario es cierta y, bajo el principio de la buena fe, he (hemos) llenado el formato de mi (nuestro) puño y letra.

FIRMAS

CONTRATANTE O ASEGURADO
(Solicitante)

ASEGURADO
(Persona para la que se solicita el beneficio,
solo si es distinta al solicitante)

Nombre y firma

Nombre y firma

IMPORTANTE: Favor de validar la información que requiere adjuntar para solicitar la aplicación de este beneficio

Para ingresar su trámite es indispensable que envíe al correo electrónico segundaopiniongnp@gnp.com.mx la siguiente documentación:

1. Formato para aplicar el beneficio de Segunda Opinión Médica o Tercera Opinión Médica.
2. Informe Médico.
3. Aviso de Accidente y/o Enfermedad.
4. Estudios considerados para el diagnóstico.

Al mismo correo electrónico del cual envió la información le será confirmado el número de folio, fecha de respuesta y seguimiento a su trámite.