

Por favor, llene la Solicitud con letra de molde y tinta negra. No omita ningún dato ni utilice abreviaturas. Esta Solicitud no será válida si presenta tachaduras o enmendaduras. Los datos del Solicitante Titular: Nombre Completo, R.F.C. con homoclave, CURP y Lugar de residencia, son requeridos por GNP para la emisión de constancias y facturas que servirán para la deducción de impuestos y, en su caso, para la recuperación de los mismos.

SOLICITANTE 1 - TITULAR	CÓDIGO DE CLIENTE +		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE(S)	
	23162338		MARTINEZ		GARMENDIA		JUAN JAVIER	
	FECHA DE NACIMIENTO		R.F.C. (Con homoclave +)		CURP +		GÉNERO	
	(dd/mm/aaaa) 1 9 0 8 1 9 8 7		M A G J 8 7 0 8 1 9 S S A		M A G J 8 7 0 8 1 9 H D F R R N 0 3		F • M	
	RÉGIMEN FISCAL							
	SUELDOS Y SALARIOS ASIMILADOS							
	OCUPACIÓN						PESO	ESTATURA
	CONSULTOR						73	kg 1.75 m
	PAÍS DE NACIMIENTO		ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD (Si es distinta a la mexicana)			
	MEXICO		CIUDAD DE MEXICO		MEXICANA			
	NO. SERIE DEL CERTIFICADO DIGITAL DE LA FIEL 1+				CORREO ELECTRÓNICO +			
					johnjavier.mtz@gmail.com			
	NO. DE IDENTIFICACIÓN FISCAL EXTRANJEROS**						PAÍS QUE EMITE**	
	EN EL ÚLTIMO AÑO, ¿HA DESEMPEÑADO ALGÚN CARGO EN EL GOBIERNO ESTATAL, MUNICIPAL O FEDERAL?							
<input type="checkbox"/> Si • No Cargo y Dependencia:								
CALLE						NO. EXTERIOR	NO. INTERIOR	
CARRETERA MEXICO TOLUCA						5860	103-A	
COLONIA				C.P.	TELÉFONO (Con Lada)	EXTENSIÓN		
CONTADERO				0 5 5 0 0	5514731916			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN ^		INSTITUCIÓN EMISORA ^		FOLIO DE LA IDENTIFICACIÓN ^				
INE		Instituto Nacional Electoral		3 5 1 6 0 7 3 2 2 1 0 3 9 8				

SOLICITANTE 2	CÓDIGO DE CLIENTE +		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE(S)	
	FECHA DE NACIMIENTO		R.F.C. +		GÉNERO		PARENTESCO CON EL TITULAR	
	(dd/mm/aaaa)				F M			
	OCUPACIÓN						PESO	ESTATURA
						kg	m	
DOMICILIO (Si el Solicitante no vive en el mismo domicilio que el Titular)								
C.P.								

SOLICITANTE 3	CÓDIGO DE CLIENTE +		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE(S)	
	FECHA DE NACIMIENTO		R.F.C. +		GÉNERO		PARENTESCO CON EL TITULAR	
	(dd/mm/aaaa)				F M			
	OCUPACIÓN						PESO	ESTATURA
						kg	m	
DOMICILIO (Si el Solicitante no vive en el mismo domicilio que el Titular)								
C.P.								

[+] Si cuenta con él. [1] Firma Electrónica Avanzada.
[^] Datos requeridos solo si el Solicitante Titular es igual al Contratante.
[**] Opcional personas físicas/Obligatorio personas morales.

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

SOLICITANTE 4	CÓDIGO DE CLIENTE*		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE(S)		
	FECHA DE NACIMIENTO		R.F.C.*		GÉNERO		PARENTESCO CON EL TITULAR		
	(dd/mm/aaaa)				F M				
	OCUPACIÓN						PESO	ESTATURA	
							kg	m	
DOMICILIO (Si el Solicitante no vive en el mismo domicilio que el Titular)								C.P.	

[+] Si cuenta con él.

OCUPACIÓN	¿ALGÚN SOLICITANTE SE DEDICA O TRABAJA ACTUALMENTE EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?											
	No. Solicitante											
	- Labores administrativas • Si No • 1 2 3 4											
	- Operador de maquinaria pesada Si • No • 1 2 3 4											
	- Trabaja con explosivos, solventes, productos químicos peligrosos o sustancias radioactivas Si • No • 1 2 3 4											
	- Visita o asiste a obras o construcciones Si • No • 1 2 3 4											
	- Utiliza, maneja o su trabajo está relacionado con el uso o portación de armas de fuego, seguridad o rescate Si • No • 1 2 3 4											
	- Su actividad es agrícola con uso de fertilizantes, pesticidas, herbicidas, etc. Si • No • 1 2 3 4											
	- Utiliza motocicleta • Si No • 1 2 3 4											
	- Viaja en aviones particulares más de 40 horas anuales Si • No • 1 2 3 4											

NOTA: En caso de respuesta afirmativa sobre Motociclismo y Aviación, por favor anexe el Cuestionario correspondiente.

INFORMACIÓN ADICIONAL	¿ALGÚN SOLICITANTE PRACTICA ALGÚN DEPORTE DE MANERA AMATEUR?											
	No. Solicitante											
	• 1 2 3 4 Deporte: CICLISMO Hasta 3 veces a la semana Más de 3 veces a la semana											
	1 2 3 4 Deporte: Hasta 3 veces a la semana Más de 3 veces a la semana											
	1 2 3 4 Deporte: Hasta 3 veces a la semana Más de 3 veces a la semana											
	1 2 3 4 Deporte: Hasta 3 veces a la semana Más de 3 veces a la semana											
	¿ALGÚN SOLICITANTE PRACTICA ALGÚN DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL? (QUE PERCIBE ALGUNA REMUNERACIÓN)											
	No. Solicitante											
	1 2 3 4 Deporte: NINGUNO											
	1 2 3 4 Deporte:											
¿ALGUNA DE LAS SOLICITANTES ESTÁ ACTUALMENTE EMBARAZADA? (Exclusivo para mujeres a partir de los 15 años)												
Si No No. Solicitante 1 2 3 4												
¿ALGÚN SOLICITANTE CONSUME O HA CONSUMIDO ALGÚN TIPO DE ESTUPEFACIENTE O DROGA?												
ESPECIFIQUE EL TIPO DE ESTUPEFACIENTE O DROGA QUE CONSUME O HA CONSUMIDO												
ESPECIFIQUE CANTIDAD Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE ESTUPEFACIENTE O DROGA												
No. Solicitante												
Si • No No. Solicitante • 1 2 3 4												
1) _____ 2) _____												
3) _____ 4) _____												
¿ALGÚN SOLICITANTE FUMA O FUMÓ?												
¿CUÁNTOS CIGARROS O PUROS AL DÍA?												
¿CUÁNDO DEJÓ DE FUMAR?												
No. Solicitante												
Si • No No. Solicitante • 1 2 3 4												
1) _____ 2) _____												
3) _____ 4) _____												

NOTA: Para Automovilismo, Inmersiones Submarinas, Motociclismo, Cacería, Aviación y Paracaidismo, llene el Cuestionario correspondiente.

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

INFORMACIÓN ADICIONAL (Continuación)

INFORMACIÓN VACUNA COVID-19

No. Solicitante				¿Cuenta con la vacuna contra COVID-19?	Nombre de la vacuna:	No. de dosis aplicadas:	Fecha de última dosis: (dd/mm/aaaa)
• 1	2	3	4	Si • No			
1	2	3	4	Si No			
1	2	3	4	Si No			
1	2	3	4	Si No			

El comprobante de vacunación será óptimo entregarlo en conjunto con la Solicitud de Seguro. En caso de no hacerlo, éste podrá ser solicitado por GNP en cualquier momento al Asegurado. Dicho comprobante aplica para asegurados conforme al Plan Nacional de Vacunación Contra el Virus SARS-CoV-2 (COVID-19 y/o cualquiera de sus variantes) en México o bien en algún otro territorio.

INFORMACIÓN MÉDICA

En caso de respuesta afirmativa a alguna de las siguientes preguntas médicas, amplíe la información en el siguiente Apartado de esta Sección.

1. ¿Algún Solicitante padece o ha padecido alguna enfermedad como hipertensión arterial, infarto, hepatitis, diabetes, epilepsia, esclerosis, fiebre reumática, SIDA, cáncer, tumores, enfermedades mentales, congénitas, inmunológicas, hematológicas, COVID -19 u otras de tipo renal, pulmonar, neurológico o cardiovascular?

Si • No

2. ¿Algún Solicitante ha sido hospitalizado o le han hecho alguna cirugía por cualquier enfermedad o accidente o alteración congénita o reconstructiva o estética?

Si • No

3. ¿Algún Solicitante padece o ha padecido alguna otra enfermedad, trastorno o padecimiento de salud no referida en la pregunta número 1 y está en tratamiento o tiene programada atención médica o quirúrgica?

Si • No

NO. SOLICITANTE	NO. PREGUNTA	NOMBRE DEL PADECIMIENTO O PROCEDIMIENTO	TIPO DE EVENTO
			Enfermedad Maternidad Accidente Estético
FECHA DE INICIO	TIPO DE TRATAMIENTO		
	Quirúrgico Médico Psicológico Rehabilitación		
	Quimioterapia En observación Radioterapia Trasplante		
¿ESTUVO HOSPITALIZADO?	¿QUEDÓ CON ALGUNA COMPLICACIÓN?		
Si No	Si No ¿Cuál?		
¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?	ESTADO ACTUAL DE SALUD		
Si No ¿Cuál?	Sano En tratamiento		

NO. SOLICITANTE	NO. PREGUNTA	NOMBRE DEL PADECIMIENTO O PROCEDIMIENTO	TIPO DE EVENTO
			Enfermedad Maternidad Accidente Estético
FECHA DE INICIO	TIPO DE TRATAMIENTO		
	Quirúrgico Médico Psicológico Rehabilitación		
	Quimioterapia En observación Radioterapia Trasplante		
¿ESTUVO HOSPITALIZADO?	¿QUEDÓ CON ALGUNA COMPLICACIÓN?		
Si No	Si No ¿Cuál?		
¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?	ESTADO ACTUAL DE SALUD		
Si No ¿Cuál?	Sano En tratamiento		

402098_E_SGM0722

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

INFORMACIÓN MÉDICA (Continuación)

NO. SOLICITANTE	NO. PREGUNTA	NOMBRE DEL PADECIMIENTO O PROCEDIMIENTO			TIPO DE EVENTO	
					<input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Maternidad	<input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Estético
FECHA DE INICIO	TIPO DE TRATAMIENTO					
	Quirúrgico		Médico	Psicológico	Rehabilitación	
	Quimioterapia		En observación	Radioterapia	Trasplante	
¿ESTUVO HOSPITALIZADO?		¿QUEDÓ CON ALGUNA COMPLICACIÓN?				
Si No		Si No ¿Cuál?				
¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?					ESTADO ACTUAL DE SALUD	
Si No ¿Cuál?					Sano En tratamiento	

NO. SOLICITANTE	NO. PREGUNTA	NOMBRE DEL PADECIMIENTO O PROCEDIMIENTO			TIPO DE EVENTO	
					<input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Maternidad	<input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Estético
FECHA DE INICIO	TIPO DE TRATAMIENTO					
	Quirúrgico		Médico	Psicológico	Rehabilitación	
	Quimioterapia		En observación	Radioterapia	Trasplante	
¿ESTUVO HOSPITALIZADO?		¿QUEDÓ CON ALGUNA COMPLICACIÓN?				
Si No		Si No ¿Cuál?				
¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?					ESTADO ACTUAL DE SALUD	
Si No ¿Cuál?					Sano En tratamiento	

NOTA: Si requiere más espacio para proporcionar información adicional, solicite un Anexo.

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

PLAN A CONTRATAR	PLANES INTERNACIONALES		PLANES NACIONALES				SOLIDEZ FAMILIAR ²		
	VIP	Internacional	Premium	• Platino	Flexible Índigo		Si	No	
	GNP Enlace Internacional		Flexible Ámbar	Flexible Cuarzo	Esencial 200				
	Vínculo Mundial	Alta Especialidad	Esencial 300	Versátil					
	PLANES CONEXIÓN ¹⁴		CÍRCULO MÉDICO ³				RIESGO SELECTO ⁴		
	Garantía	Plus	Conexión GNP	Novus VIP Omnia	Novus Decus	Excelsis Certum	• Tempus SIN H.M.	Si	No
	SUMA ASEGURADA ⁵		TIPO DE SUMA ASEGURADA				DEDUCIBLE		
	\$ 80,000,000		• Única Anual por padecimiento ^{6 10} Anual por año calendario ⁹				\$ 34,500		
	TIPO DE DEDUCIBLE				COASEGURO		TIPO DE COASEGURO		
	• Único ¹⁰ Anual por padecimiento ⁶ Anual por año calendario ⁹				10 %		Anual por padecimiento ¹⁰ Único		
	ESTANCIA EN EL EXTRANJERO VÍNCULO MUNDIAL ¹⁶				DETALLE DE DEDUCIBLE PARA VERSÁTIL (Nivel hospitalario)				
	Fecha inicio: Fecha fin:				100 200 300 400				
DETALLE PARA CONEXIÓN LÍNEA AZUL ⁷									
Plan Individual Garantizado:				Deducible Garantizado:\$					
Deducible Garantizado (plan Versátil)				100 200 300 400					
Suma asegurada Póliza Colectiva:\$				Deducible en Exceso: ¹⁵ \$					
Aseguradora de la Póliza Colectiva:				Compañía actual en la que labora:					
DETALLE PARA ALTA ESPECIALIDAD									
Suma asegurada: ⁸ \$		Deducible: ⁸ \$		Número de Póliza de GNP*:		Individual Colectivo			
DETALLE PARA RIESGO SELECTO									
No. Solicitante				No. Solicitante					
1 2 3 4 Folio de Riesgo Selecto: _____				1 2 3 4 Folio de Riesgo Selecto: _____					
1 2 3 4 Folio de Riesgo Selecto: _____				1 2 3 4 Folio de Riesgo Selecto: _____					

[2] El esquema de Solidez Familiar no aplica para VIP, Conexión, Versátil, Vínculo Mundial y GNP Enlace Internacional. [3] Para Línea Azul Internacional aplica Círculo Médico Novus, Excelsis y Tempus, para Línea Azul VIP y GNP Enlace Internacional sólo aplica Círculo Médico Novus VIP. Para Plan Versátil sólo aplica Círculo Médico Novus, Excelsis, Tempus y Omnia. Para Vínculo Mundial y Alta Especialidad no aplica Círculo Médico, la opción “SIN H.M.”(Sin Honorarios Médicos), está disponible sólo para los planes Premium, Platino y Flexible. [4] El beneficio de Riesgo Selecto Aplica para Premium, Platino y Flexible, Línea Azul Internacional, Línea Azul VIP y Conexión GNP para solicitantes de la Ciudad de México, Guadalajara, Monterrey, Cuernavaca, Morelia, Pachuca, Querétaro, Toluca, Tijuana, Mérida y Chihuahua que lleven a cabo el proceso establecido para la aplicación del cuestionario y de los estudios correspondientes para evaluar su estado de salud. [5] La Suma asegurada no es necesaria para GNP Enlace Internacional. [6] Tipo de Suma asegurada y Tipo de Deducible sólo para Planes Premium, Platino y Flexible. [7] Todos los Solicitantes de Conexión deberán estar amparados por la misma Póliza Colectiva. Para los planes Conexión Plus y Garantía en caso de reclamación, se tomará como deducible la Suma asegurada que se refleje en la Póliza Colectiva en ese momento. [8] Datos necesarios sólo si adicional al Plan Alta Especialidad, requiere la contratación de un plan nacional, en la misma Solicitud. [9] Tipo de Suma asegurada y Tipo de deducible sólo para VIP y LAI. [10] Única opción para GNP Enlace Internacional. [14] Opciones Garantía y Plus solo disponibles para planes; Internacional y VIP. Opción Conexión GNP disponible para planes; Premium, Platino, Flexible y Versátil. [15] Se debe indicar el monto de deducible en Exceso en la contratación del nuevo plan Conexión GNP. [16] Para Vínculo Mundial deberá venir anexo su comprobante de estadía en el extranjero. [+] Si cuenta con ella.

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

COBERTURAS ADICIONALES

- CECE - Enfermedades Catastróficas en el Extranjero
(Excepto Vínculo Mundial, Alta Especialidad y GNP Enlace Internacional)

CRH - Respaldo Hospitalario
(Excepto Conexión y Alta Especialidad)

CRF - Respaldo por Fallecimiento
(Excepto Conexión, Alta Especialidad y GNP Enlace Internacional)

CF - Cláusula Familiar
(Excepto Conexión, Vínculo Mundial, Alta Especialidad y GNP Enlace Internacional)

CEDA - Eliminación de Deducible por Accidente
(Aplica solo para GNP Enlace Internacional)

CAMP - Cobertura de Ayuda para Maternidad Plus
(Aplica solo para Versátil)
- CCDA - Cero Deducible por Accidente
(Excepto Conexión, Versátil, Alta Especialidad y GNP Enlace Internacional)

CAHD - Ampliación Hospitalaria Definida
(Aplica solo para Flexible y Conexión Plan Garantía Flexible)

CRDA - Reducción de Deducible por Accidente
(Aplica solo para Versátil)

CEE - Emergencia Médica en el Extranjero
(Aplica solo para Esencial, Versátil, Conexión y Vínculo Mundial)

CEP - Esencial Plus
(Aplica solo para Esencial)

CDEP - Doble Esencial Plus
(Aplica solo para Esencial)

DETALLE PARA COBERTURAS ADICIONALES

CRH - Indemnización Diaria por Hospitalización: \$	CAHD - Ampliación Hospitalaria Definida a:
Solicitante relacionado para la Cobertura de Ayuda para Maternidad Plus:	1234

ADVERTENCIA: En el caso de que desee nombrar como beneficiarios a menores de edad, **no** se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior, porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de seguro como instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un Contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma asegurada.

Si alguno de los solicitantes será nombrado como beneficiario, especifique número de solicitante principal, número de solicitante beneficiario, cobertura y porcentaje asignado. En caso contrario, proporcione la información del nuevo beneficiario.

BENEFICIARIOS	SOLICITANTE RELACIONADO				COBERTURA RH				COBERTURA RF											
	1	2	3	4	1	%	2	%	3	%	4	%	1	%	2	%	3	%	4	%
	1	2	3	4	1	%	2	%	3	%	4	%	1	%	2	%	3	%	4	%
	SOLICITANTE RELACIONADO				COBERTURA															
	1	2	3	4	RH		%	RF		%										
	CÓDIGO DE CLIENTE +				PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				NOMBRE(S)							
FECHA DE NACIMIENTO				GÉNERO		DOMICILIO (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Delegación o Municipio y Estado)								C.P.						
(dd/mm/aaaa)				F M																

[+] Si cuenta con él.

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

VIAJES

¿ALGÚN SOLICITANTE VIAJARÁ AL EXTRANJERO EN LOS PRÓXIMOS 6 MESES CON PERMANENCIA MAYOR A 3 MESES?

No. Solicitante

1234

Fecha inicio:

Fecha fin:

Destino:

1234

Fecha inicio:

Fecha fin:

Destino:

OTROS BENEFICIOS

CONVERSIÓN A INDIVIDUAL

No. Solicitante

1234

Póliza colectiva:

Certificado(s):

1234

Póliza colectiva:

Certificado(s):

REDUCCIÓN DE PERIODOS DE ESPERA

No. Solicitante

1234

Nombre de la Compañía procedente:¹¹

1234

Nombre de la Compañía procedente:¹¹

[11] En caso de que la Compañía procedente no sea Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP), anexe la copia de la Póliza vigente y Recibo de Pago a esta Solicitud.

Conteste esta sección **si el Contratante es distinto al Solicitante titular y/o el domicilio fiscal del titular es distinto al lugar de residencia**. Los datos del Contratante: Nombre Completo, R.F.C. con homoclave, CURP y Domicilio Fiscal, son requeridos por GNP para la emisión de constancias y facturas que servirán para la deducción de impuestos y, en su caso, para la recuperación de los mismos. **Es importante que los datos coincidan con lo registrado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT)**

CONTRATANTE PERSONA FÍSICA

CÓDIGO DE CLIENTE⁺

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE(S)

23162338

MARTINEZ

GARMENDIA

JUAN JAVIER

FECHA DE NACIMIENTO

R.F.C. (Con homoclave)

CURP⁺

GÉNERO

(dd/mm/aaaa) 19081987

MAGJ870819SSA

MAGJ870819HDFRRN03

F • M

RÉGIMEN FISCAL

SUELDOS Y SALARIOS E INGRESOS ASIMILADOS A SALARIO

OCUPACIÓN

CONSULTOR

PAÍS DE NACIMIENTO

ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD (Si es distinta a la mexicana)

MEXICO

CIUDAD DE MEXICO

NO. SERIE DEL CERTIFICADO DIGITAL DE LA FIEL¹⁺

CORREO ELECTRÓNICO⁺

johnja.mtz@gmail.com

NO. DE IDENTIFICACIÓN FISCAL EXTRANJEROS^{**}

PAÍS QUE EMITE^{**}

EN EL ÚLTIMO AÑO, ¿HA DESEMPEÑADO ALGÚN CARGO EN EL GOBIERNO ESTATAL, MUNICIPAL O FEDERAL?

Si • No

Cargo y Dependencia:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN

INSTITUCIÓN EMISORA

FOLIO DE LA IDENTIFICACIÓN

INE

Instituto Nacional Electoral

3516073210398

[+] Si cuenta con él. [1] Firma Electrónica Avanzada.
[**] Opcional personas físicas/Obligatorio personas morales.

402098_E_SGM0722

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

En caso de requerir mayor información, contáctenos a nuestra línea única de atención a clientes, **Línea GNP al 55 5227-9000 o visite gnp.com.mx** 7/12

CONTRATANTE (Continuación)	PERSONA MORAL	CÓDIGO DE CLIENTE ⁺		RAZÓN SOCIAL				GIRO O ACTIVIDAD DE LA EMPRESA			
		FECHA DE CONSTITUCIÓN (dd/mm/aaaa)		R.F.C. (Con homoclave)		FOLIO MERCANTIL		NACIONALIDAD DE LA EMPRESA			
		RÉGIMEN FISCAL									
		RÉGIMEN DE CAPITAL									
		NO. SERIE DEL CERTIFICADO DIGITAL DE LA FIEL ¹⁺				CORREO ELECTRÓNICO ⁺		PÁGINA DE INTERNET ⁺			
		NO. DE IDENTIFICACIÓN FISCAL EXTRANJEROS ^{**}				PAÍS QUE EMITE ^{**}					
		NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (Primer apellido, segundo apellido y nombre[s])						NACIONALIDAD (Si es distinta a la mexicana)			
		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		INSTITUCIÓN EMISORA				FOLIO DE LA IDENTIFICACIÓN			
		DATOS DE PERSONAS FÍSICAS QUE EJERCEN EL CONTROL DE LA SOCIEDAD (siempre y cuando el monto de la prima rebase los 7,500 USD)									
		¿La persona moral o su subsidiaria, de la cual posee más del 50% del capital, cotiza en la Bolsa Mexicana de Valores o en mercados de valores del exterior reconocidos?						Si	No	En caso de que alguna de las respuestas sea positiva, podrá omitir el llenado del siguiente recuadro	
		¿La persona moral está constituida legalmente en el extranjero?						Si	No		
		DATOS DE LAS PERSONAS FÍSICAS QUE EJERCEN EL CONTROL DE LA SOCIEDAD (que posean o controlen, directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior al 25% del capital o de los derechos de voto) O EN SU DEFECTO, DEL DIRECTOR GENERAL O DEL ADMINISTRADOR ÚNICO									
		Apellido paterno, apellido materno y nombre(s)				Fecha de nacimiento				% de participación / Administrador / Director general	
DECLARATIVA DEL REPRESENTANTE LEGAL											
Manifiesto que los datos proporcionados en el apartado anterior son reales y se encuentran actualizados, si cambian durante la vigencia de la póliza, me obligo a informar de manera inmediata a GNP.											
Nombre completo y firma del cliente, contratante, asegurado o representante legal.											
DOMICILIO FISCAL	CALLE						NO. EXTERIOR		NO. INTERIOR		
	CENTENARIO						2699-A		casa 21		
	COLONIA				C.P.		TELÉFONO (Con Lada)		EXTENSIÓN		
	EL RINCON ALVARO OBRECON				0 1 5 9 0		5514731916				

402098 E_SGM0722

[+] Si cuenta con él. [1] Firma Electrónica Avanzada.
[**] Opcional personas físicas/Obligatorio personas morales.

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

COBRANZA	FORMA DE PAGO			VÍA DE PAGO		TIPO DE CUENTA/TARJETA	
	• Anual Semestral Trimestral Mensual ¹² Única ¹³			Cargo a Tarjeta Domiciliación • Intermediario		Tarjeta de Crédito Tarjeta de Débito CLABE	
	NÚMERO DE TARJETA/CUENTA			FECHA DE VENCIMIENTO		BANCO	
				(mm/aaaa)			
	¿EL CONTRATANTE ES IGUAL AL TITULAR DE LA CUENTA/TARJETA?						
	Si No Nombre del Titular:						
¿PARENTESCO DEL CONTRATANTE CON EL TITULAR DE LA CUENTA/TARJETA?							

Solicito y autorizo a la institución financiera o bancaria que corresponda para que realice, a mi nombre el pago por los conceptos, periodicidad y montos que se detallan, con cargo a mi tarjeta de débito o crédito, o a mi cuenta bancaria identificada por la CLABE que se cita, a favor de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP), liberando al banco de cualquier responsabilidad. Cuando la transacción sea con cargo a tarjeta de débito o crédito, cuenta bancaria, o mediante transferencia o depósito bancario, el estado de cuenta, recibo, comprobante, folio o número de confirmación de la transacción que corresponda hará prueba plena del pago hasta en tanto GNP entregue el comprobante de pago correspondiente.[12] Solo aplica con cargos automáticos. [13] Solo aplica para Vínculo Mundial con vigencia menor a un año.

“Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la institución de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.”

CIERRE DE NEGOCIO	DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE (Leer antes de firmar)	
	Toda la información de la presente solicitud, en especial las actividades e ingresos, serán considerados información necesaria para la apreciación del riesgo y para la aceptación, en su caso, de la cobertura contratada y la Suma asegurada correspondiente.	
	Se previene al Solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos tal y como los conozca o deba conocerlos en el momento de firmar, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se encuentre contenido en la solicitud para la apreciación del riesgo, podría originar la pérdida de derechos del Asegurado o del(los) Beneficiario(s) en su caso.	
	En caso de cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos importantes, la Compañía de Seguros tiene la facultad de rescindir de pleno derecho el Contrato celebrado y de abstenerse de realizar cualquier pago (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). -Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx-.	
	En caso de que en el futuro el(los) Solicitante(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.	
	Será una agravación esencial del riesgo, por lo que cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Cliente(s) o Beneficiario(s), en los términos del Art. 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o su(s) nacionalidad(es) es(son) publicado(s) en alguna lista emitida en términos de la disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o disposición Septuagésima Séptima del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros- (Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx). En su caso, las obligaciones del Contrato serán restauradas una vez que la aseguradora tenga conocimiento de que el nombre del(los) Solicitante(s), Beneficiario(s) o Contratante(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.	
	La Compañía pondrá a disposición ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de seguro, pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será puesta a disposición de la autoridad correspondiente.	
	Por lo anterior, en mi carácter de Solicitante Titular y/o Contratante y en representación de los Solicitantes, bajo protesta de decir verdad, declaro que todos los hechos aquí mencionados son verídicos y estoy de acuerdo en que con base en ellos, la Aseguradora valorará el riesgo a contratar.	
	Autorizo a los médicos, hospitales o clínicas que me hayan asistido o llegaran a asistir, o a los que hubiera tenido acceso o llegara a acceder para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad y, para el efecto, relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional, aceptando que se proporcione a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., la información requerida.	

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

Asimismo, autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado Pólizas, para que proporcionen a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de esta Solicitud y, a su vez, a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. para que proporcione a cualquier otra empresa del ramo, la información que se derive de esta Solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto que pueda evaluar cualquier otra propuesta de contratación de seguro del ramo que le sea solicitada por mi persona y en ningún momento para fines de comercialización o mercadotecnia de productos o servicios.

La información señalada en este apartado, podrá ser requerida por Grupo Nacional Provincial, S.A.B. en cualquier momento para la valoración de esta solicitud y en caso de la aceptación del riesgo, para la valoración de la procedencia de los siniestros relacionados con su Contrato de seguro. Asimismo, reconozco que los padecimientos preexistentes no quedarán cubiertos en la Póliza, aunque sean declarados en la presente Solicitud, considerando este documento como parte integrante de mí Contrato para todos los efectos a que haya lugar.

Se consideran padecimientos preexistentes, de acuerdo a las Condiciones generales, apartado de Definiciones, aquellos que hayan sido declarados antes de la celebración del Contrato, y/o; que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, a través del diagnóstico de un médico legalmente autorizado, y/o; que sean diagnosticados con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o; por el que previamente a la fecha de celebración del Contrato, el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento que se trate.

Estoy de acuerdo que, en caso de ser aceptada esta Solicitud, la Póliza y la versión actual de la misma forman parte y constituyen prueba del Contrato de seguro celebrado entre el Solicitante Titular y/o Contratante y Grupo Nacional Provincial, S.A.B.

Declaro bajo protesta de decir verdad que la contratación descrita en la presente Solicitud se realiza con recursos propios, de origen lícito y únicamente en beneficio del Solicitante Titular y/o Contratante descrito en este documento. Lo anterior de conformidad con las Disposiciones en materia de Prevención de Lavado de Dinero o en materia de Identificación de Clientes, según corresponda.

NOTA: Si ha estado asegurado con otras Compañías y requiere reducir o eliminar los Periodos de Espera, anexe a esta Solicitud la Carátula de la Póliza en donde se indique la antigüedad de cada Asegurado, Condiciones de Aseguramiento y el Comprobante de Pago de la misma.

El Solicitante y/o Contratante declara(n) que le(s) fue explicado el contenido de las Condiciones generales del Contrato de seguro, principalmente en lo que se refiere a sus derechos básicos, Coberturas, Exclusiones, Periodos de Espera, Cláusulas generales y/o Particulares las cuales conoce(n), entiende(n) y acepta(n) como parte integrante del Contrato a que se refiere este documento en términos del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro (Precepto legal disponible en gnp.com.mx), mismas que han sido entregadas y las cuales serán aplicables al Contrato de seguro en caso de la aceptación del riesgo. Las exclusiones y limitantes pueden ser consultadas en las Condiciones generales del Contrato de seguro y tiene(n) conocimiento que las Condiciones generales del Contrato de seguro también se encuentran en la página gnp.com.mx, puede(n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando a nuestra línea directa de atención a clientes, Línea GNP al 55 5227 9000 o mediante el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

CONSENTIMIENTO PARA LA ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Otorgo mi consentimiento para que la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro, me sea entregada a través de la vía digital.

(●) Si consiento ☐ No consiento

Por lo anterior, autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B.(GNP), a realizar la entrega de la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro en formato PDF (Portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a la cuenta de correo electrónico:

johnja.mtz@gmail.com

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

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
JUAN JAVIER MARTINEZ GARMENDIA	

IMPORTANTE

Información requerida para efectos de los artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y artículos relativos.-Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx-.

¿Tiene o ha tenido nexos o vínculos con la delincuencia organizada; o ha sido sujeto a procedimiento legal o investigación por los delitos establecidos en el Código Penal Federal relativos a la delincuencia organizada, en territorio nacional o extranjero, por alguna autoridad de México o por alguna autoridad extranjera cuyo gobierno tenga celebrado con México tratado internacional; o ha estado su nombre, alias o apodo, sus actividades, los bienes a asegurar o su nacionalidad, publicados en una lista oficial, nacional o extranjera, relativa a los delitos vinculados con los artículos anteriormente citados?

SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Contratante	●]	Solicitante 1	●]	Solicitante 2]	Solicitante 3]	Solicitante 4	
En caso de respuesta afirmativa, especificar respuesta:									

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

AGENTE(S)	CUA	CONTRATO	FOLIO	D.A.	NOMBRE DEL AGENTE	DISTRIBUCIÓN	FIRMA DEL AGENTE
	9 7 2 6 6			7 5 2	Maria Consuelo Benages Bernus	100 %	
						%	
	¿DESDE CUÁNDO CONOCE AL SOLICITANTE?			¿RECOMIENDA AL SOLICITANTE? <input checked="" type="checkbox"/> Si lo recomiendo <input type="checkbox"/> No lo recomiendo			
	(mm/aaaa) 0 1 2 0 1 6						
	El Agente que suscribe, realizó una entrevista personal con el Contratante o Representante Legal que solicita el presente Seguro, con la finalidad de obtener los datos personales que fueron asentados en esta Solicitud y validar la identificación oficial exhibida por éste.						
	Bajo protesta de decir verdad, he entregado el Folleto de los Derechos Básicos, he informado al(los) Solicitante(s) de manera clara, amplia y detallada sobre el alcance real de las coberturas, las principales características del producto, la forma de conservarlo o darlo por terminado, su vigencia, los términos establecidos en el Contrato, su renovación y las consecuencias de la rehabilitación. (Artículo 96 Ley Instituciones de Seguros y de Fianzas). -Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx-.						FIRMA DEL AGENTE
	Asimismo, declaro haber verificado la veracidad de los datos proporcionados y que se han incluido en este formato, siendo llenado de puño y letra mismos que cotejé con los documentos originales que tuve a la vista y que me fueron exhibidos por parte del(los) Solicitante(s) y Contratante.						
							FECHA (dd/mm/aaaa)
							0 7 0 3 2 0 2 3

UNE	Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con su Seguro, le sugerimos ponerse en contacto con la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., ubicada en Av. Cerro de las Torres #395, Colonia Campestre Churubusco, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04200; o bien comunicarse a nuestra línea directa de atención a clientes, Línea GNP al 55 5227 9000 o bien al correo electrónico: unidad.especializada@gnp.com.mx
-----	--

FIRMAS	Bajo protesta de decir verdad, declaro que el contenido de la presente solicitud es cierta y, bajo el principio de la buena fe, he (hemos) llenado el formato de mi (nuestro) puño y letra.	
	SOLICITANTE TITULAR (y de su Representante Legal si es menor de edad)	CONTRATANTE (Solo si es diferente al Solicitante)
	Nombre y firma	Nombre y firma
	JUAN JAVIER MARTINEZ GARMENDIA	

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 1 de junio de 2022, con el número CGEN-S0043-0095-2022/CONDUSEF-G-00716-009”.

Ciudad de México 11 de Marzo 2023

Grupo Nacional Provincial, S.A.B y/o GNP Seguros.

Av. Cerro de las Torres, número 395

Colonia Campestre Churubusco

Alcaldía Coyoacán

C.P. 04200

Representante

Ratifico que la información personal o de terceros contenida en los formatos de GNP Seguros que se incorporan a la presente carta son ciertos y están completos, dicha información fue proporcionada por mi Agente de Seguros, quien me explicó los derechos y obligaciones que entre el solicitante y GNP Seguros surjan derivados de las instrucciones contenidas en los formatos Solicitud de Seguro GMM, así como el contenido de las leyendas legales que forman parte de los mismos.

Contratante

Correo:

johnja.mtz@gmail.com

Teléfono:

5514731916



Juan Javier Martinez Garmendia
Nombre y Firma

Ciudad de México 11 de Marzo 2023

Grupo Nacional Provincial, S.A.B y/o GNP Seguros.

Av. Cerro de las Torres, número 395

Colonia Campestre Churubusco

Alcaldía Coyoacán

C.P. 04200

Representante

Yo Maria Consuelo Benages Bernus de Seguro con clave 0097266001, declaro que realicé una entrevista personal con el Contratante o Representante Legal que firma el formato Solicitud de Seguro GMM, con la finalidad de obtener los datos personales que fueron asentados en el formato. Así mismo, validé los documentos de identificación exhibidos por éste.



Agente 1

Correo:

consuelobenages@gmail.com

Teléfono:

5536703381



Maria Consuelo Benages Bernus

Nombre y Firma

