

Solicitud para la Cobertura de	Páli-	Póliza No.		nza No. (si cuenta co	Engl	22	
Respaldo por Fallecimiento	Foliz	La IVO.	Cobiai	iza No. (si cuelita ci	on en	Fecha día mes año	
I. Datos de los solicitantes							
1 Apellido paterno Apellido m	aterno		Nombre(s)		Código clie	nte (si cuenta co	on él)
R.F.C. letras año mes día homoclave Sex		ts.) Peso (I	kgs.)	Ocupación (si es m	ayor de edad	d)	
2 Apellido paterno Apellido m	aterno	'	Nombre(s)		Código clie	nte (si cuenta co	on él)
R.F.C. letras año mes día homoclave Sex		ts.) Peso (I	kgs.)	Ocupación (si es m	ayor de edad	d)	
3 Apellido paterno Apellido m			Nombre(s)		Código clie	nte (si cuenta co	on él)
R.F.C. letras año mes día homoclave Sex		ts.) Peso (I	kgs.)	Ocupación (si es m	ayor de edad	d)	
4 Apellido paterno Apellido m			Nombre(s)		Código clie	ente (si cuenta co	on él)
R.F.C. letras año mes día homoclave Sex		ts.) Peso (I	kgs.)	Ocupación (si es m	ayor de edad	d)	
5 Apellido paterno Apellido m	aterno		Nombre(s)		Código clie	nte (si cuenta co	on él)
R.F.C. letras año mes día homoclave Sex		ts.) Peso (I	kgs.)	Ocupación (si es m	ayor de edad	d)	
6 Apellido paterno Apellido m	aterno	'	Nombre(s)		Código clie	ente (si cuenta co	on él)
R.F.C. letras año mes día homoclave Sex	,	ts.) Peso (I	kgs.)	Ocupación (si es m	ayor de edad	d)	
II. Información médica		·					
¿Algún solicitante padece o ha padecido alguna de las siguientes Sí No	enfermedades? Sí No			Sí No			Sí No
Hipertensión arterial Diabetes Infarto Diabetes Epilepsia			eumática		Tumo		
Infarto Epilepsia Hepatitis Esclerosis		SIDA Cáncer			Otra	medades mental	es 🔲 🗎
En caso de haber respondido afirmativamente favor de com		rmación					
Solicitante Enfermedad o accidente Fecha de inicio	año ¿Estuvo	hospitalizado?	Tipo de tra	tamiento (quirúrgico	, médico o d	le rehabilitación)	). Especifique
Estado actual de salud ¿Quedó con alguna complica			¿Ac	tualmente toma algú	n medicame	nto? Especifique	9
Solicitante Enfermedad o accidente resta mes	año ; Estuvo	hospitalizado?	Tipo de tra	atamiento (guirúrgico	médico o d	le rehahilitación)	) Especifique
Fecha de inicio		☐ No	po de de	itamiento (qui ui greo	, meares s a	ie remaamtaerom,	. zspeciiique
Estado actual de salud ¿Quedó con alguna complica	ción?		¿Ac	tualmente toma algú	n medicame	nto? Especifique	Ď.
Solicitante Enfermedad o accidente Fecha de inicio	año ¿Estuvo	hospitalizado?	Tipo de tra	tamiento (quirúrgico	, médico o d	le rehabilitación)	). Especifique
Estado actual de salud ¿Quedó con alguna complica	ción?		¿Ac	tualmente toma algú	n medicame	nto? Especifique	2
Solicitante Enfermedad o accidente Fecha de inicio		hospitalizado?	Tipo de tra	tamiento (quirúrgico	, médico o d	le rehabilitación)	). Especifique
Estado actual de salud ¿Quedó con alguna complica	ción?	☐ No	¿Ac	tualmente toma algú	n medicame	nto? Especifique	9
Solicitante Enfermedad o accidente Fecha mes	año ¿Estuvo	hospitalizado?	Tipo de tra	atamiento (quirúrgico	, médico o d	le rehabilitación)	). Especifique
Estado actual de salud ¿Quedó con alguna complica:	ción?	☐ No	iΑc	tualmente toma algú	n medicame	nto? Especifique	2
Estado detada de salad ¿quedo con alguna complica			2710	taannente toma arga	Triticalcarite	mo. Especinque	-
Solicitante Enfermedad o accidente Fecha de inicio	año ¿Estuvo	hospitalizado?	Tipo de tra	tamiento (quirúrgico	, médico o d	le rehabilitación)	). Especifique
Estado actual de salud ¿Quedó con alguna complica-	ción?		¿Ac	tualmente toma algú	n medicame	nto? Especifique	2
	Firma del soli	ritante titular					
	Filma dei Soll	citanie utulal					

ones	
tuci	
nsti	
de l	
sral	
Gene	
ey G	
la L	
de	
Q-9	
У3	
9-9	
6-A, 3	
, 36-,	
36,	
sol	
μŽ	
os al	
or l	
d 0:	
uest	
lisp	
0	į
CON	
gad (	
ï.	
nfoi	
8	
as, de	
ΝZ	
Fia	
os y	
agur	
رة ح	
al de S	e
ou	fecha
lacion	7
Nacion (	e fech
Nacion (	e fech
Comisión Nacion	e fech
te la Comisión Nacion	e fech
s ante la Comisión Nacion	e fech
nte la Comisión Nacion	e fech
dos ante la Comisión Nacion	e fech
dos ante la Comisión Nacion	e fech
gistrados ante la Comisión Nacion	e fech
o, están registrados ante la Comisión Nacion.	e fech
, están registrados ante la Comisión Nacion.	e fech
ucto, están registrados ante la Comisión Nacion.	ro de fech
ste producto, están registrados ante la Comisión Nacion.	e fech
ra este producto, están registrados ante la Comisión Nacion.	nero de fech
ste producto, están registrados ante la Comisión Nacion.	tro(s) número de fech
integra este producto, están registrados ante la Comisión Nacion	) número de fech
gra este producto, están registrados ante la Comisión Nacion.	aistro(s) número de fech
cnica que integra este producto, están registrados ante la Comisión Nacion.	s) registro(s) número de fech
ue integra este producto, están registrados ante la Comisión Nacion	aio el(los) registro(s) número de fech
cnica que integra este producto, están registrados ante la Comisión Nacion.	io el(los) reaistro(s) número de fech
cnica que integra este producto, están registrados ante la Comisión Nacion.	auros. bajo el(los) registro(s) número de fech
ual y la nota técnica que integra este producto, están registrados ante la Comisión Nacion.	Seauros. baio el(los) registro(s) número de fect
al y la nota técnica que integra este producto, están registrados ante la Comisión Nacion.	s de Seguros. baio el(los) registro(s) número de fech
ntractual y la nota técnica que integra este producto, están registrados ante la Comisión Nacion.	listas de Seguros. baio el(los) registro(s) número
n contractual y la nota técnica que integra este producto, están registrados ante la Comisión Nacion.	tualistas de Seguros. baio el(los) registro(s) número
ación contractual y la nota técnica que integra este producto, están registrados ante la Comisión Nacion.	alistas de Seguros. baio el(los) registro(s) número
entación contractual y la nota técnica que integra este producto, están registrados ante la Comisión Nacion.	des Mutualistas de Seguros. baio el(los) registro(s) número
ación contractual y la nota técnica que integra este producto, están registrados ante la Comisión Nacion.	dades Mutualistas de Seguros. baio el(los) registro(s) número
umentación contractual y la nota técnica que integra este producto, están registrados ante la Comisión Nacion.	ades Mutualistas de Seguros. baio el(los) registro(s) número

III. Beneficiarios

evitar cuald beneficios persona co <b>Adverten</b> señalar a ur representad	ortante: El Asegurado o quier incertidumbre. La del seguro, por lo que bre la Suma Asegurada cia: En caso que desee n mayor de edad como ción, cobre la indemniza n que debe designarse	designación de bene no son recomendable a y la entregue a otro nombrar beneficiario representante de los cción. Lo anterior porqu	eficiarios otor es las designa s. os a menores menores para ue las legislaci	ga el derecho de los iciones para que una de edad, no se debe i efecto de que, en su ones civiles previenen	tales designa La designa beneficiario beneficiario la designac	ilares y no considera naciones. ción que se hiciera os, durante la minorí o al mayor de edad, ión que se hace de la nado de disponer de	de un mayo a de edad de e quien en todo peneficiarios el	or de ed ellos, lega o caso só n un cor	ad como rep almente puedo blo tendrá una	resentante o implicar que a obligación i	de menores e se nombra moral, pues
Solicitante				de los beneficiarios		Parentesco	Suma Asec	nurada	Fecha de n	acimiento	Cobertura
Solicitarite	Арсінао расстто,	apellido materno y	TIOTTIBLE(3)	de los benenciarios		raichteseo	Juliu / Geg	%	día mes	año	RF RH
Calle							No	. exteri	or	No. inter	
Colonia									C.P.		
Municipio	o o delegación	Ciudad o poblaci	ón	Entidad federativa		País		clave	e lada Te	léfono	
Solicitante	Solicitante Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios					Parentesco	Suma Aseg	gurada	Fecha de n	acimiento año	Cobertura RF RH
Calle							No	% o. exteri		No. inter	
Colonia									C.P.		
										1.6	
Municipio	o o delegación	Ciudad o poblaci	ón	Entidad federativa		País		clave	e lada — Te	eléfono	
Solicitante	Apellido paterno,	apellido materno y	nombre(s)	de los beneficiarios		Parentesco	Suma Aseg		Fecha de n día , mes	acimiento año	Cobertura RF RH
Calle							No	% o. exteri	or	No. inter	rior
Colonia									C.P.		
Municipio	o o delegación	Ciudad o poblaci	ón	Entidad federativa		País		clave	e lada Te	léfono	
De interé	és para el solicitan	te (Leerlo antes o	le firmar)								
Conforme requeridos no declara beneficiario la Compai	a la Ley sobre el Cor den esta solicitud en dición de estos datos os. En caso de alguna or ñía de Seguros tiene de realizar cualquier	ntrato de Seguro, se forma verídica; en l originará la pérdida misión o inexacta decl la facultad de resci	deben decla a inteligencia de derechos aración de los ndir el contr	a que la inexacta o s del asegurado y/o hechos importantes, rato celebrado y de	y éstoy de Asimismo, póliza, salv documento	ta de decir verdad d acuerdo en que co reconozco que los o si fueron expres o como parte integra eran padecimientos	n base en ello padecimiento amente cubie ante de mi cor	os la ase os preexi ertos po ntrato pa	guradora valo stentes no qu la asegurad ara todos los e	re el riesgo uedarán cub ora, conside rfectos a que	a contratar. iertos en la erando este haya lugar.
Asimismo, pólizas, par conocimier a cualquier otras que s	autorizo a las Compa ra que proporcionen a nto, para la correcta eva r otra empresa del ram ean de su conocimiento n de Seguro del ramo	Grupo Nacional Provi aluación de mi solicitu no, la información quo, a efecto de que pue	ncial, S.A.B., d y que a su v e se derive d eda evaluar cu	la información de su rez, GNP proporcione le esta solicitud y de lalquier propuesta de	contrato, y, la fecha de inicio de vio medio reco del contrat	e Definiciones, aqu /o; que en un expec inicio de vigencia di gencia de la póliza, pnocido de diagnós o, se hayan realizado o o tratamiento mér	liente médico e la póliza, y/o mediante prue tico, y/o; por e do gastos com	se deter ; diagno ebas de l el que p	mine su existo sticado con a aboratorio, g reviamente a	encia con an nterioridad a abinete o cu la fecha de	terioridad a la fecha de alquier otro celebración
anexe a est	o asegurado con otras co ta solicitud la carátula o condiciones de asegura	de la póliza en donde	se indique la	antigüedad de cada							
		firma del solicitante entante legal si es menor				ı	lombre y firr				
Tuve a la vis contiene y o sensibles. A	sonales y Consentimi sta el Aviso de Privacida detalla las finalidades de Asimismo, se me inform la www.gnp.com.mx. F	iento: d Integral de Grupo N el tratamiento de mis d ó la disponibilidad de	lacional Provir	iles, patrimoniales y	Tuve a la vis contiene y sensibles. A	sonales y Consent sta el Aviso de Priva detalla las finalidado Asimismo, se me infi a www.gnp.com.m	cidad Integral es del tratamie ormó la dispo	ento de nibilidad	mis datos per	sonales, patr	rimoniales y
☐ Si Cons	siento dicho tratamie	ento 🗌 No	Consiento d	licho tratamiento	Si Cons	siento dicho trata	miento		No Consient	dicho trat	amiento
mi obligacio	haber proporcionado d ón de informarles de est el Aviso de Privacidad I	a entrega, así como lo	s lugares en lo		mi obligacio	haber proporciona ón de informarles de el Aviso de Privacida	e esta entrega	, así com	no los lugares		
Nombre y firma del solicitante titular (Y de su representante legal si es menor de edad)			Nombre y firma del contratante (Sólo si es diferente al solicitante)								
Datos de							, 2. C3 dill				
	el Agente										
Clave del a CUA		Folio D.A.	Nombre de	el agente			Distribución	Firr	na del agente		
	gente Contrato		Nombre de					%	na del agente		