

Solicitud de Seguro

Actualiza	Fecha			Solicitud Número			Fecha de examen médico			No. de Cita
	día	mes	año				día	mes	año	
<input type="checkbox"/> Sí										

I. Datos del Solicitante 1. El nombre completo, el RFC con homoclave, la CURP y el domicilio fiscal son datos necesarios que requiere 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.

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		Fecha de nacimiento		día	mes	año
letras	año	mes	día	homoclave	CURP	Sexo	Estado Civil			
R.F.C.						<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Concubinato	<input type="checkbox"/> Viudo	
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada ¹					País de nacimiento		Ciudad y estado de nacimiento			
Nacionalidad (es)		Profesión u ocupación		Número de identificación Fiscal (soloextranjeros)			Código Cliente (si cuenta con él)			

Domicilio (En caso de no tener residencia en México indique su domicilio en el extranjero)

Calle		No. exterior	No. interior	Municipio o Delegación		C.P.
Colonia		Ciudad o Población		Entidad Federativa		País
Indique el correo electrónico donde recibirá el Estado de Cuenta de su Seguro de Vida ²				Clave LADA	Teléfono local o celular	

Información Laboral

Nombre de la Empresa donde trabaja		Teléfono y Extensión		Ingresos mensuales	
Domicilio del lugar de trabajo (Calle, Número, Colonia, Municipio o Delegación y Código Postal)					
Actividad o giro del negocio donde trabaja		Indique puesto en el que labora y en qué consisten sus actividades			
Ocupaciones anteriores		Descripción de la actividad		Fecha de inicio	Fecha de término
Por su ocupación, ¿está expuesto a: explosivos, uso de armas de fuego, sustancias químicas, radiaciones o riesgo por altura? Especifique, clase, frecuencia y desde cuándo.					
¿El Solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en los últimos cuatro años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Definir cargo y Dependencia:					

II. Datos del Solicitante 2 (en caso de Vidas Conjuntas). El nombre completo, el RFC con homoclave, la CURP y el domicilio fiscal son datos necesarios que requiere 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.

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		Fecha de nacimiento		día	mes	año

Firma del Solicitante 1

Firma del Solicitante 2

En caso de requerir información contáctenos al: (55) 5227 9000 a nivel nacional o visite gnp.com.mx.

¹ Si cuenta con ella.

² Si desea recibir impreso su estado de cuenta, por favor solicítelo a su Asesor de seguros.

II. Datos del Solicitante 2 (continuación de página 1)

letras	año	mes	día	homoclave	CURP	Sexo	Estado Civil		
						<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viudo
R.F.C.						<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Concubinato	
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada ¹						País de nacimiento		Ciudad y estado de nacimiento	
Nacionalidad (es)		Profesión u ocupación			Número de identificación Fiscal (solo extranjeros)			Código Cliente (si cuenta con él)	
Domicilio (En caso de no tener residencia en México indique su domicilio en el extranjero)									
Calle				No. exterior	No. interior	Municipio o Delegación			C.P.
Colonia			Ciudad o Población			Entidad Federativa		País	
Indique el correo electrónico donde recibirá el Estado de Cuenta de su Seguro de Vida ²						Clave LADA	Teléfono local o celular		

Información Laboral

Nombre de la Empresa donde trabaja			Teléfono y Extensión		Ingresos mensuales	
Domicilio del lugar de trabajo (Calle, Número, Colonia, Municipio o Delegación y Código Postal)						
Actividad o giro del negocio donde trabaja			Indique puesto en el que labora y en qué consisten sus actividades			
Ocupaciones anteriores			Descripción de la actividad		Fecha de inicio	Fecha de término
Por su ocupación, ¿está expuesto a: explosivos, uso de armas de fuego, sustancias químicas, radiaciones o riesgo por altura? Especifique, clase, frecuencia y desde cuándo.						
¿El Solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en los últimos cuatro años? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Definir cargo y Dependencia:						

III. Datos del Contratante Persona Física (Sólo en caso de ser distinto a los Solicitantes). El nombre completo, el RFC con homoclave, la CURP y el domicilio fiscal, son datos necesarios que requiere 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. Asimismo, la cobertura básica de la póliza incluirá la Cobertura "Muerte Accidental del Contratante" con una Suma Asegurada de \$100,000.00 en Moneda Nacional o 10,000.00 en Dólares (excepto en los planes Platino y Privilegio tradicionales e Impulsa). Esta cobertura aplica únicamente para familiares con parentesco en línea recta con el Asegurado.

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)			Fecha de nacimiento	día	mes	año
letras	año	mes	día	homoclave	CURP	Profesión u ocupación				
R.F.C.										
Sexo	Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada ¹				Número de Identificación Fiscal (sólo extranjeros)			Código Cliente (si cuenta con él)		
<input type="checkbox"/> F										
<input type="checkbox"/> M										
Actividad o giro del negocio donde trabaja					Correo electrónico			Ingresos mensuales		
Nacionalidad (es)		País de nacimiento			Ciudad o estado de nacimiento			Relación o parentesco con el Solicitante		
¿El Contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en los últimos cuatro años? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Definir cargo y Dependencia:										

Firma del Solicitante 1

Firma del Solicitante 2

Contratante (en caso de existir como Persona Moral)

Razón o denominación social				Giro mercantil, actividad u objeto social				Código Cliente (si cuenta con él)					
letras		año	mes	día	homoclave	Fecha de constitución		día	mes	año	Folio Mercantil		
R.F.C.													
Número de Identificación Fiscal (sólo extranjeros)						Nacionalidad(es)				Correo electrónico o página de Internet ¹			

Nombre del Representante Legal

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		Nacionalidad (es)	
------------------	--	------------------	--	-----------	--	-------------------	--

Domicilio Fiscal (Persona Física o Moral, si no cuenta con él indicar el domicilio particular. En caso de no tener residencia en México indique su domicilio en el extranjero)

Calle		No. exterior		No. interior		Municipio o Delegación		Entidad Federativa	
Colonias		Ciudad o Población		C.P.		Clave LADA		Teléfono	

IV. Programa Actualiza (sólo si requiere actualizar la protección con la que usted ya cuenta en GNP)

Proporcione los datos de las pólizas que desea rescatar. En la sección V detalle el nuevo Plan.

Póliza No.		Póliza No.		Póliza No.		Póliza No.	
------------	--	------------	--	------------	--	------------	--

De las siguientes opciones, indique para qué concepto utilizar el total del valor de rescate de las pólizas a actualizar. Especifique para mayor detalle.

Pago de prima		<input type="checkbox"/>		Especificaciones	
Depósito en fondo		<input type="checkbox"/>			

La vigencia de la(s) póliza(s) que solicita rescatar, continuará hasta que GNP notifique la aceptación del cambio. En caso de ser rechazado, la(s) póliza(s) se mantendrá(n) vigente(s) en las mismas condiciones que originalmente se pactaron.

V. Coberturas (Básicas y Adicionales)

Plan		Plazo del Seguro		Plazo del Pago	
Prima de Ahorro ⁽³⁾ (Según Forma de Pago)		Cobertura:		Moneda:	
		I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares	

Protección Contratada

<input type="checkbox"/> Supervivencia / Ahorro / Retiro	(Especificar en módulos para Profesional)
<input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Menores sin suscripción ²	(Especificar en veces para Profesional)
<input type="checkbox"/> Invalidez Sin Espera (ISE)	
<input type="checkbox"/> Cobertura Mujer <input type="checkbox"/> Doble Cobertura Mujer	
<input type="checkbox"/> Beneficio de Exención de Pago de Primas por Invalidez (BITy BIT PAM)	Suma Asegurada por Fallecimiento
<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental (IMA)	
<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental con Pérdida de Miembros (DIBA)	
<input type="checkbox"/> Garantía de Ahorro por Fallecimiento (GAF)	Suma Asegurada por Fallecimiento
<input type="checkbox"/> Protección Adicional por Fallecimiento (PAM)	
<input type="checkbox"/> Protección Adicional por Invalidez (ISE PAM)	

Beneficio de Exención de Pago de Primas para Capitaliza

<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental BIT (IMA)	Amparada
<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental con Pérdida de Miembros BIT (DIBA)	
<input type="checkbox"/> Cobertura Mujer BIT (CM)	
<input type="checkbox"/> Doble Cobertura Mujer BIT (DCM)	

Firma del Solicitante 1

Firma del Solicitante 2

En caso de requerir información contáctenos al: (55) 5227 9000 a nivel nacional o visite gnp.com.mx.

¹Si cuenta con ella.

²Solo aplica para Vida a tus Sueños y Dotal para Menores con suscripción simplificada.

Opciones de Liquidación:

Supervivencia / Ahorro / Retiro	<input type="checkbox"/> Pago Único	<input type="checkbox"/> Fideicomiso	<input type="checkbox"/> Plan de rentas
Fallecimiento	<input type="checkbox"/> Pago Único	<input type="checkbox"/> Fideicomiso	
Invalidez Sin Espera (ISE)	<input type="checkbox"/> Pago Único	<input type="checkbox"/> Fideicomiso	
Indemnización por Muerte Accidental (IMA)	<input type="checkbox"/> Pago Único	<input type="checkbox"/> Fideicomiso	
Indemnización por Muerte Accidental con Pérdida de Miembros (DIBA)	<input type="checkbox"/> Pago Único	<input type="checkbox"/> Fideicomiso	
Cobertura Mujer	<input type="checkbox"/> Pago Único		
Doble Cobertura Mujer			
Garantía de Ahorro por Fallecimiento (GAF)	<input type="checkbox"/> Fideicomiso GAF		

Esquema de Rendimiento(Vida Inversión)

• GNP C-Tes	_____ %	• GNP Equilibrado	_____ %	• GNP MK2 Desarrollados	_____ %
• GNP Saving	_____ %	• GNP Acciones	_____ %	• GNP Global	_____ %
• GNP Euros	_____ %	• GNP USA Markets	_____ %		
				Total 100%	

Estrategia de Rendimiento (Capitaliza)³

• Vida Activa 2025	_____ %	• Deuda Corto Plazo	_____ %	• Dólares Corto Plazo	_____ %
• Vida Activa 2030	_____ %	• Deuda Largo Plazo	_____ %	• Dólares Largo Plazo	_____ %
• Vida Activa 2035	_____ %	• UDIS Mediano Plazo	_____ %	• Bolsa MX	_____ %
• Vida Activa 2040	_____ %	• UDIS Largo Plazo	_____ %	• Bolsa USA	_____ %
• Vida Activa 2045	_____ %			Total 100%	

En caso de contratar Plan Profesional indique datos del Asegurado del Ahorro Garantizado por Supervivencia (datos del menor)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento	día	mes	año

En caso de contratar Vida a tus Sueños o Capitaliza, indique el objetivo de ahorro con el que desea personalizar la Póliza

¿Desea utilizar el máximo de prima deducible (aplica únicamente para Consolida y Proyecta Afecto)?

☐ Sí ☐ No

VI. Cobranza (Primas del Seguro)

Forma de Pago				Conducto de Pago		
<input type="checkbox"/> Mensual ⁴	<input type="checkbox"/> Trimestral ⁴	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Cargo a Tarjeta ⁴	<input type="checkbox"/> Domiciliación	<input type="checkbox"/> Agente

Si desea hacer aportaciones adicionales a la Prima del Seguro, proporcione la siguiente información.

Monto	Moneda	Periodicidad	Conducto de Pago
\$ _____	<input type="checkbox"/> Nacional	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Cargo a Tarjeta ⁴
	<input type="checkbox"/> Dólares	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Domiciliación
		<input type="checkbox"/> Trimestral	
		<input type="checkbox"/> Anual	

¿Desea utilizar el esquema autofinanciable en su póliza?

☐ Sí ☐ No

En caso de haber elegido Domiciliación o Cargo a Tarjeta como conducto de pago, llenar los siguientes datos del pagador (para Capitaliza, Vida Inversión, Elige y Consolida Total, la Cuenta Bancaria para domiciliación deberá ser igual a la dada de alta como cuenta eje en el Convenio de Uso de Servicios Electrónicos).

Domiciliación

CLABE	Tarjeta de Débito	Válida hasta	mes	año
_____	_____	_____	_____	_____

Cargo a Tarjeta de Crédito

Banco	Tarjeta No.	Válida hasta	mes	año
_____	_____	_____	_____	_____
Banco	Tarjeta Opcional No.	_____	_____	_____
_____	_____			

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.

Firma del Solicitante 1

Firma del Solicitante 2

VII. Beneficiarios

Advertencia: En caso 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 nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá 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.

Beneficiarios de la Cobertura de Fallecimiento

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento		
					día	mes	año
1							
2							
3							
4							

Beneficiario de la Cobertura de Ahorro Garantizado para plan Profesional.

5				
---	--	--	--	--

Especificaciones Especiales

Domicilio de los Beneficiarios: Calle, No. exterior, No. interior, Colonia, Código Postal, Municipio o Delegación, Ciudad o Población, Entidad Federativa y País (Sólo en caso de ser distinto al domicilio del Solicitante 1).

1
2
3
4
5

VIII. Referencias Personales (no familiares), las cuales se contactarán vía telefónica, para corroborar información de esta Solicitud

1		Teléfono	3		Teléfono
2		Teléfono	4		Teléfono

IX. Información particular de los Solicitantes 1 y/o 2 (En caso de respuesta afirmativa a cualquiera de estas preguntas, especifique)**Hábitos**

En la actualidad	Solicitante	Clase	Cantidad	Frecuencia	Desde cuándo
a. ¿Ingiere bebidas alcohólicas?	1 Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	2 Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
b. ¿Usa drogas o estupefacientes?	1 Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	2 Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
c. ¿Fuma?	1 Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Otros			
	2 Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Otros			

Si en el pasado hizo uso de alcohol, drogas o tabaco indique fecha de inicio, fecha de término y causa.

Firma del Solicitante 1

Firma del Solicitante 2

En caso de requerir información contáctenos al: (55) 5227 9000 a nivel nacional o visite gnp.com.mx.

Peso y estatura	Solicitante 1		Solicitante 2			
d. Indicar peso y estatura	1	kg	m	2	kg	m
	Solicitante		Especificación (para mayor espacio, solicite un anexo a su Agente)			
e. ¿Tiene alguna otra ocupación? Especifique cuál y en qué consisten sus labores.	1	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
f. ¿Ha recibido instrucciones para piloto?	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, llenar Cuestionario de Aviación			
	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
g. ¿Tiene antecedentes penales? Especifique causas, consecuencias y fecha. En caso afirmativo, enviar copia del proceso penal con la resolución del mismo.	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
h. ¿Ha sido rechazado o extraprimado en alguna Solicitud de Seguro? Especifique causa y fecha.	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
i. ¿Está actualmente asegurado en el ramo de Vida? Especifique Compañía, Suma Asegurada y moneda (pólizas diferentes a los que obtenga gratuitamente por tarjetas de crédito o servicios).	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
j. ¿Alguno de sus padres, hermanos, tíos o abuelos ha padecido diabetes? Especifique quién.	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
k. ¿Algún solicitante ha sido hospitalizado o le han hecho alguna cirugía por cualquier enfermedad, accidente, alteración congénita, reconstructiva, estética? Especifique causas, secuelas y complicaciones, así como fecha del evento y estado actual.	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
l. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad hepática, mental, pulmonar, renal, neurológica, cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes, epilepsia, esclerosis múltiple, fiebre reumática, SIDA, cáncer, tumores, leucemia, lupus, alcoholismo o drogadicción? Especifique cuál(es), fecha, duración y estado actual.	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
m. ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad no referida, actualmente está en tratamiento o tiene programada atención médica o quirúrgica? Especifique cuál(es) y/o por qué causa.	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

Llenar esta sección sólo en caso de solicitar el beneficio adicional Cobertura Mujer

n. ¿Hay o ha habido en su familia de 1° ó 2° grado cáncer, tumores de glándulas mamarias, ovarios o útero?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Quién(es)? (parentesco) _____ Tipo(s) de cáncer o tumor (órgano afectado) _____ Actualmente se encuentra(n) en tratamiento Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
ñ. ¿Usted o su familia de 1° ó 2° grado tiene antecedentes de preeclampsia, eclampsia, partos múltiples o embarazo ectópico?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Quién(es)? _____ ¿Cuál(es)? _____

Firma del Solicitante 1

Firma del Solicitante 2

En caso de requerir información contáctenos al: (55) 5227 9000 a nivel nacional o visite gnp.com.mx.

o. ¿Está o ha estado en tratamiento o tiene planeado recibir tratamiento para mes tratar la esterilidad o infertilidad?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha	día	mes	año	
p. ¿Se le ha detectado Virus del Papiloma Humano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
q. ¿Se le ha realizado la histerectomía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
r. ¿Se le ha realizado la salpingoclasia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Deportes y aficiones

En la actualidad:	Solicitante			
s. ¿Hace uso de motocicleta?	1	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Marca(s) y Cilindrada
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
t. ¿Viaja en aeronaves particulares?	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de aeronave(s) y horas de vuelo
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
u. ¿Practica algún deporte o afición?	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si practica algún deporte peligroso (alpinismo, automovilismo, motociclismo, etc.) es necesario llenar el cuestionario correspondiente

X. En caso de contar con Recibo Cobertura para la protección por Muerte Accidental indique:

Cantidad entregada al Agente

XI. Información complementaria sobre bienes personales para montos de Suma Asegurada acumulada superior a \$5'000,000.00

Bienes inmuebles

Descripción	Ubicación	Valor estimado

Cuentas bancarias o inversiones representativas

Tipo de cuenta	Banco	Saldo o crédito estimado

Acciones

Empresa	Valor estimado	% de acciones	Crédito estimado

XI. Información complementaria sobre bienes personales para montos de Suma Asegurada acumulada superior a \$5'000,000.00

Automóviles

Modelo	Marca	Valor estimado

Otros:

Indique asociaciones o clubes a los que pertenece:

Esta información es estrictamente confidencial y sólo servirá para el análisis de su Contrato de Seguro

Nota: En caso de Sumas Aseguradas superiores a \$20'000,000.00 de pesos ó 1'000,000.00 dólares, es indispensable presentar comprobante de ingresos (recibo de nómina o última declaración fiscal).

Firma del Solicitante 1

Firma del Solicitante 2

En caso de requerir información contáctenos al: (55) 5227 9000 a nivel nacional o visite gnp.com.mx.

Advertencia

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.

Aceptación

Este documento sólo constituye una Solicitud de Seguro, 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.

Enterado de lo que antecede y para efectos legales de esta Solicitud de Seguro declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a someterme a un examen médico por cuenta de GNP, si ésta lo estima conveniente; lo cual no me exime de las responsabilidades en que pueda incurrir por omisiones o falsas declaraciones.

Además autorizo a los médicos o personal que me hayan asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a las que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad y para el efecto, relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional en este caso, aceptando que se proporcionen a GNP los datos mencionados.

Asimismo, autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado pólizas, para que proporcionen a GNP, la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de esta Solicitud y que a su vez, GNP 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 de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro del ramo que le sea solicitada por mí y en ningún momento para fines de comercialización o mercadotecnia de productos o servicios.

Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi Solicitud de Seguro, en caso de fallecimiento, o en cualquier momento en que GNP lo considere oportuno.

Hago constar que, bajo protesta de decir verdad, me he enterado debidamente y estoy de acuerdo con las condiciones que se describen en la presente Solicitud, y me he informado que tanto los datos presentados en ésta, como los requisitos médicos que GNP considere necesarios, forman parte de la misma.

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 Contratante y del(los) Solicitante(s) descrito(s) en este documento.

Lo anterior, de conformidad con la resolución por la que se expiden las Disposiciones de carácter general en materia de Lavado de Dinero y de conformidad con las Políticas en materia de Identificación y Conocimiento del Contratante, Asegurado o Beneficiario emitidas para tal efecto por GNP.

El(los) Solicitante(s) y/o el Contratante declara(n) que le(s) fue explicado por el Agente el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que se refiere a sus derechos básicos, las Coberturas, Exclusiones, Indisputabilidad, Cláusulas Generales y/o Particulares, las cuales conoce(n), entiende(n) y acepta(n) como parte integrante del Contrato a que se refiere esta Solicitud en términos del artículo 7 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro -Precepto legal disponible en gnp.com.mx-.

Las exclusiones y limitaciones de este producto pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro. Asimismo, tiene(n) conocimiento de que las Condiciones Generales del Contrato de Seguro también se encuentran en la página gnp.com.mx o puede(n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando al (55) 5227 9000 a nivel nacional o mediante el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios Financieros.

Las exclusiones y limitaciones de este producto pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del mismo, disponibles en la página gnp.com.mx dentro de la sección de Vida, solicitándolas a su Agente de Seguros; o bien llamando al (55) 5227 9000 a nivel nacional.

Firma del Solicitante 1

Firma del Solicitante 2

Donación de Primas

En mi carácter de Contratante, manifiesto mi voluntad para donar las primas correspondientes al Seguro que se solicita a favor de mi familiar en línea recta (hijo, nieto, padre, abuelo) o cónyuge de conformidad con el artículo 2332 del Código Civil Federal **-Precepto legal disponible en gnp.com.mx-** y sus correlativos en las Entidades Federativas.

Sí ☐ No ☐

El (los) Solicitante(s) con la firma de la Solicitud de Seguro acepta(n) la donación que el Contratante hace a su favor, en su carácter de familiar en línea recta o cónyuge.

Datos Personales y Consentimiento

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de GNP, el cual contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles. Asimismo, se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página gnp.com.mx. Por lo anterior:

	Sí	No	
Solicitante 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	consiento y autorizo dicho tratamiento
Solicitante 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	consiento y autorizo dicho tratamiento
Contratante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	consiento y autorizo dicho tratamiento

En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares de datos, reconozco mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

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?

Solicitante 1 Sí ☐ No ☐

Solicitante 2 Sí ☐ No ☐

En caso de respuesta afirmativa, especificar respuesta: _____

Aceptación

Será una agravación esencial del riesgo, por lo que cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(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 sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista emitida en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o disposición Quincuagésima Sexta de la RESOLUCIÓN por la que se expiden las Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros -Precepto(s) legal(s) 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 (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La compañía consignará 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 consignada a favor de la autoridad correspondiente.

Firma del Solicitante 1

Firma del Solicitante 2

En caso de requerir información contáctenos al: (55) 5227 9000 a nivel nacional o visite gnp.com.mx.

Omisión de pago de prima

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.

Todos los cargos serán realizados al inicio de la vigencia de cada periodo, en caso de ser día inhábil se cobrará el día hábil siguiente.

El Solicitante y/o Contratante no quedará liberado del cumplimiento de su obligación de pago de la prima en términos de lo previsto en el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro (**Precepto legal disponible en gnp.com.mx**), quedando GNP liberado de cualquier responsabilidad por la cancelación correspondiente.

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.

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (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, Delegación Coyoacán, C.P. 04200, comunicarse al teléfono (55) 5227 9000 a nivel nacional o al correo electrónico: unidad.especializada@gnp.com.mx

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 mí (nuestro) puño y letra.

Firma del Solicitante 1

Firma del Solicitante 2

Firma del Contratante

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.

☐ Sí 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: _____

Para ser llenado por el (los) Agente (s)

¿Hace cuánto tiempo conoce al (los) Solicitante(s)?	¿Recomienda usted al Solicitante, tanto por su aspecto saludable como por su moralidad, hábitos, reputación?	¿Tiene algún parentesco con el solicitante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Indique cuál:
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Cuál es la finalidad del Seguro? ☐ Renta familiar ☐ Educación de los hijos ☐ Retiro ☐ Hombre clave ☐ Seguro de Socios ☐ Otro

Clave del Agente CUA ⁶ Contrato	D.A. ⁵	Nombre del Agente	Distribución %	Firma del Agente
Clave del Agente CUA ⁶ Contrato	D.A. ⁵	Nombre del Agente	Distribución %	Firma del Agente

El Agente que suscribe realizó una entrevista personal con el Contratante y la(s) persona(s) que solicita(n) el presente Seguro, con la finalidad de obtener los datos personales que fueron asentados en esta Solicitud. Asimismo, validó la identificación oficial exhibida por éste.

	Tipo de Identificación	Entidad emisora	Folio o número de identificación
Solicitante 1			
Solicitante 2			
Contratante			

Bajo protesta de decir verdad, he informado al(los) Solicitante(s), de manera amplia y detallada sobre el alcance real de la cobertura y la forma de conservarla o darla por terminada, así como de la veracidad de los datos proporcionados y que se han incluido en este formato (Artículo 96 Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas -**Precepto legal disponible en gnp.com.mx**-) y cotejado con los documentos originales que tuve a la vista, y que me fueron exhibidos por el(los) Solicitante(s) y/o el Contratante. Asimismo, me consta que el contenido de la misma fue llenado de puño y letra por parte del(los) Solicitante(s) y Contratante.

Firma del Agente

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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día _____ de _____ de _____, con el número CNSF- _____ / CONDUSEF- _____.

En caso de requerir información contáctenos al: (55) 5227 9000 a nivel nacional o visite gnp.com.mx.

⁵ Dirección de Agencia

⁶ Clave Única de Agente