

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 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.

SOLICITANTE 1 - TITULAR	CÓDIGO DE CLIENTE*	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)	
	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	R.F.C. (Con homoclave*)	CURP *	GÉNERO <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	
	PAÍS DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (Si es distinta a la mexicana)	OCUPACIÓN	PESO kg	ESTATURA m
	NO. SERIE DEL CERTIFICADO DIGITAL DE LA FIEL ^{1*}		CORREO ELECTRÓNICO*		
	EN EL ÚLTIMO AÑO, ¿HA DESEMPEÑADO ALGÚN CARGO EN EL GOBIERNO ESTATAL, MUNICIPAL O FEDERAL? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Cargo y Dependencia:				
	CALLE			NO. EXTERIOR	NO. INTERIOR
	COLONIA	C.P.	TELÉFONO (Con Lada)	EXTENSIÓN	
	TIPO DE IDENTIFICACIÓN ^	INSTITUCIÓN EMISORA ^	FOLIO DE LA IDENTIFICACIÓN ^		

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

SOLICITANTE 4	CÓDIGO DE CLIENTE*	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)	
	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	R.F.C.*	GÉNERO <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	PARENTESCO CON EL TITULAR	
	OCUPACIÓN		PESO kg	ESTATURA 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.

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

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

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

¿ALGÚN SOLICITANTE PRACTICA ALGÚN DEPORTE DE MANERA AMATEUR?		
No. Solicitante <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Deporte: <input type="radio"/> Hasta 3 veces a la semana <input type="radio"/> Más de 3 veces a la semana	
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Deporte: <input type="radio"/> Hasta 3 veces a la semana <input type="radio"/> Más de 3 veces a la semana	
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Deporte: <input type="radio"/> Hasta 3 veces a la semana <input type="radio"/> Más de 3 veces a la semana	
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Deporte: <input type="radio"/> Hasta 3 veces a la semana <input type="radio"/> Más de 3 veces a la semana	
¿ALGÚN SOLICITANTE PRACTICA ALGÚN DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL? (QUE PERCIBE ALGUNA REMUNERACIÓN)		
No. Solicitante <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Deporte: _____	
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Deporte: _____	
¿ALGÚN SOLICITANTE CONSUME O HA CONSUMIDO ALGÚN TIPO DE ESTUPEFACIENTE O DROGA?	¿ALGUNA DE LAS SOLICITANTES ESTÁ ACTUALMENTE EMBARAZADA? (Exclusivo para mujeres a partir de los 15 años)	
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No No. Solicitante <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No No. Solicitante <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	
¿ALGÚN SOLICITANTE FUMA O FUMÓ?	¿CUÁNTOS CIGARROS O PUROS AL DÍA?	¿CUÁNDO DEJÓ DE FUMAR?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No No. Solicitante <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	No. Solicitante 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____	No. Solicitante 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

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

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 u otras de tipo renal, pulmonar, neurológico o cardiovascular?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

INFORMACIÓN MÉDICA (Continuación)	NO. SOLICITANTE		NO. PREGUNTA		NOMBRE DEL PADECIMIENTO		TIPO DE EVENTO <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Accidente	
	FECHA DE INICIO		TIPO DE TRATAMIENTO					
			<input type="radio"/> Quirúrgico		<input type="radio"/> Médico		<input type="radio"/> Psicológico	
			<input type="radio"/> Quimioterapia		<input type="radio"/> En observación		<input type="radio"/> Radioterapia	
							<input type="radio"/> Rehabilitación	
							<input type="radio"/> Trasplante	
	¿ESTUVO HOSPITALIZADO?		¿QUEDÓ CON ALGUNA COMPLICACIÓN?					
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cuál?					
	¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?						ESTADO ACTUAL DE SALUD	
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cuál?						<input type="radio"/> Sano <input type="radio"/> En tratamiento	
	NO. SOLICITANTE		NO. PREGUNTA		NOMBRE DEL PADECIMIENTO		TIPO DE EVENTO <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Accidente	
	FECHA DE INICIO		TIPO DE TRATAMIENTO					
			<input type="radio"/> Quirúrgico		<input type="radio"/> Médico		<input type="radio"/> Psicológico	
			<input type="radio"/> Quimioterapia		<input type="radio"/> En observación		<input type="radio"/> Radioterapia	
							<input type="radio"/> Rehabilitación	
							<input type="radio"/> Trasplante	
¿ESTUVO HOSPITALIZADO?		¿QUEDÓ CON ALGUNA COMPLICACIÓN?						
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cuál?						
¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?						ESTADO ACTUAL DE SALUD		
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cuál?						<input type="radio"/> Sano <input type="radio"/> En tratamiento		
NO. SOLICITANTE		NO. PREGUNTA		NOMBRE DEL PADECIMIENTO		TIPO DE EVENTO <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Accidente		
FECHA DE INICIO		TIPO DE TRATAMIENTO						
		<input type="radio"/> Quirúrgico		<input type="radio"/> Médico		<input type="radio"/> Psicológico		
		<input type="radio"/> Quimioterapia		<input type="radio"/> En observación		<input type="radio"/> Radioterapia		
						<input type="radio"/> Rehabilitación		
						<input type="radio"/> Trasplante		
¿ESTUVO HOSPITALIZADO?		¿QUEDÓ CON ALGUNA COMPLICACIÓN?						
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cuál?						
¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?						ESTADO ACTUAL DE SALUD		
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cuál?						<input type="radio"/> Sano <input type="radio"/> En tratamiento		
NO. SOLICITANTE		NO. PREGUNTA		NOMBRE DEL PADECIMIENTO		TIPO DE EVENTO <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Accidente		
FECHA DE INICIO		TIPO DE TRATAMIENTO						
		<input type="radio"/> Quirúrgico		<input type="radio"/> Médico		<input type="radio"/> Psicológico		
		<input type="radio"/> Quimioterapia		<input type="radio"/> En observación		<input type="radio"/> Radioterapia		
						<input type="radio"/> Rehabilitación		
						<input type="radio"/> Trasplante		
¿ESTUVO HOSPITALIZADO?		¿QUEDÓ CON ALGUNA COMPLICACIÓN?						
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cuál?						
¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?						ESTADO ACTUAL DE SALUD		
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cuál?						<input type="radio"/> Sano <input type="radio"/> 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		
	<input type="radio"/> VIP <input type="radio"/> Internacional <input type="radio"/> GNP Enlace Internacional <input type="radio"/> Vínculo Mundial <input type="radio"/> Alta Especialidad		<input type="radio"/> Premium <input type="radio"/> Platino <input type="radio"/> Flexible Índigo <input type="radio"/> Flexible Ámbar <input type="radio"/> Flexible Cuarzo <input type="radio"/> Esencial 200 <input type="radio"/> Esencial 300 <input type="radio"/> Versátil			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
	PLANES CONEXIÓN		CÍRCULO MÉDICO ³			RIESGO SELECTO ⁴		
	<input type="radio"/> Garantía <input type="radio"/> Plus		<input type="radio"/> Novus VIP <input type="radio"/> Novus <input type="radio"/> Excelsis <input type="radio"/> Tempus <input type="radio"/> Omnia <input type="radio"/> Decus <input type="radio"/> Certum <input type="radio"/> SIN H.M.			<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
	SUMA ASEGURADA ⁵		TIPO DE SUMA ASEGURADA			DEDUCIBLE		
	\$		<input type="radio"/> Única <input type="radio"/> Anual por padecimiento ^{6 10} <input type="radio"/> Anual por año calendario ⁹			\$		
	TIPO DE DEDUCIBLE			COASEGURO		TIPO DE COASEGURO		
	<input type="radio"/> Único ¹⁰ <input type="radio"/> Anual por padecimiento ⁶ <input type="radio"/> Anual por año calendario ⁹			%		<input type="radio"/> Anual por padecimiento ¹⁰ <input type="radio"/> Único		
	DETALLE PARA VÍNCULO MUNDIAL			DETALLE DE DEDUCIBLE PARA VERSÁTIL (Nivel hospitalario)				
	Fecha inicio: _____ Fecha fin: _____			<input type="radio"/> 100 _____ <input type="radio"/> 200 _____ <input type="radio"/> 300 _____ <input type="radio"/> 400 _____				
DETALLE PARA CONEXIÓN LÍNEA AZUL ⁷								
Plan Individual Garantizado:			Deducible Garantizado:\$		Suma asegurada Póliza Colectiva:\$			
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*:		<input type="radio"/> Individual <input type="radio"/> Colectivo		
DETALLE PARA RIESGO SELECTO								
No. Solicitante				No. Solicitante				
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		Folio de Riesgo Selecto: _____		<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		Folio de Riesgo Selecto: _____		
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		Folio de Riesgo Selecto: _____		<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 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 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 Línea Azul para solicitantes de la Ciudad de México, Guadalajara, Monterrey, Cuernavaca, Morelia, Pachuca, Querétaro y Toluca 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 Vínculo Mundial y 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. 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. **[+]** Si cuenta con ella.

402098-SGM31012020

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

COBERTURAS ADICIONALES	<input type="radio"/> CECE - Enfermedades Catastróficas en el Extranjero (Excepto Vínculo Mundial, Alta Especialidad y GNP Enlace Internacional) <input type="radio"/> CRH - Respaldo Hospitalario (Excepto Conexión y Alta Especialidad) <input type="radio"/> CRF - Respaldo por Fallecimiento (Excepto Conexión, Alta Especialidad y GNP Enlace Internacional) <input type="radio"/> CF - Cláusula Familiar (Excepto Conexión, Alta Especialidad y GNP Enlace Internacional) <input type="radio"/> CEDA - Eliminación de Deducible por Accidente (Aplica solo para GNP Enlace Internacional)	<input type="radio"/> CCDA - Cero Deducible por Accidente (Excepto Conexión, Versátil, Vínculo Mundial, Alta Especialidad y GNP Enlace Internacional) <input type="radio"/> CAHD - Ampliación Hospitalaria Definida (Aplica solo para Flexible y Conexión Plan Garantía Flexible) <input type="radio"/> CRDA - Reducción de Deducible por Accidente (Aplica solo para Versátil) <input type="radio"/> CEE - Emergencia en el Extranjero (Aplica solo para Esencial, Versátil, Conexión y Vínculo Mundial) <input type="radio"/> CEP - Esencial Plus (Aplica solo para Esencial) <input type="radio"/> CDEP - Doble Esencial Plus (Aplica solo para Esencial)
	DETALLE PARA COBERTURAS ADICIONALES	
	CRH - Indemnización Diaria por Hospitalización: \$	CAHD - Ampliación Hospitalaria Definida a:

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			
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		<input type="radio"/> 1 % <input type="radio"/> 2 % <input type="radio"/> 3 % <input type="radio"/> 4 %				<input type="radio"/> 1 % <input type="radio"/> 2 % <input type="radio"/> 3 % <input type="radio"/> 4 %			
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		<input type="radio"/> 1 % <input type="radio"/> 2 % <input type="radio"/> 3 % <input type="radio"/> 4 %				<input type="radio"/> 1 % <input type="radio"/> 2 % <input type="radio"/> 3 % <input type="radio"/> 4 %			
	SOLICITANTE RELACIONADO		COBERTURA							
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 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)		<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M							

[+] Si cuenta con él.

402038-SGM31012020

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

VIAJES	¿ALGÚN SOLICITANTE VIAJARÁ AL EXTRANJERO EN LOS PRÓXIMOS 6 MESES CON PERMANENCIA MAYOR A 3 MESES?			
	No. Solicitante <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4			
OTROS BENEFICIOS	Fecha inicio: _____		Fecha fin: _____	
	Destino: _____		Destino: _____	
CONVERSIÓN A INDIVIDUAL	No. Solicitante			
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		Póliza colectiva: _____	
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		Certificado(s): _____	
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		Certificado(s): _____	
REDUCCIÓN DE PERIODOS DE ESPERA	No. Solicitante			
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		Nombre de la Compañía procedente: ¹¹ _____	
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		Nombre de la Compañía procedente: ¹¹ _____	
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		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 **sólo si el Contratante es distinto al Solicitante Titular**. 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.

CONTRATANTE	PERSONA FÍSICA	CÓDIGO DE CLIENTE*	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)		
		FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	R.F.C. (Con homoclave)	CURP *	GÉNERO <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M		
		PAÍS DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (Si es distinta a la mexicana)		OCUPACIÓN		
		NO. SERIE DEL CERTIFICADO DIGITAL DE LA FIEL ¹⁺		CORREO ELECTRÓNICO *			
		EN EL ÚLTIMO AÑO, ¿HA DESEMPEÑADO ALGÚN CARGO EN EL GOBIERNO ESTATAL, MUNICIPAL O FEDERAL? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Cargo y Dependencia: _____					
		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		INSTITUCIÓN EMISORA		FOLIO DE LA IDENTIFICACIÓN	
		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		
		NO. SERIE DEL CERTIFICADO DIGITAL DE LA FIEL ¹⁺		CORREO ELECTRÓNICO *		PÁGINA DE INTERNET *	
		CONTRATANTE	PERSONA MÓRAL	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	
CALLE				NO. EXTERIOR		NO. INTERIOR	
COLONIA				C.P.	TELÉFONO (Con Lada)	EXTENSIÓN	

[+] Si cuenta con él. [1] Firma Electrónica Avanzada.

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

COBRANZA	FORMA DE PAGO		VÍA DE PAGO		TIPO DE CUENTA/TARJETA
	<input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Mensual ¹² <input type="radio"/> Única ¹³		<input type="radio"/> Cargo a Tarjeta <input type="radio"/> Domiciliación <input type="radio"/> Intermediario		<input type="radio"/> Tarjeta de Crédito <input type="radio"/> Tarjeta de Débito <input type="radio"/> CLABE
	NÚMERO DE TARJETA/CUENTA		FECHA DE VENCIMIENTO		BANCO
			(mm/aaaa)		
	¿EL CONTRATANTE ES IGUAL AL TITULAR DE LA CUENTA/TARJETA?				
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> 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 Quinques, 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 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(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) 52 27 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:

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP), el cual contiene y detalla las finalidades primarias, secundarias y transferencias del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles. Así mismo se me informó la disponibilidad de dicho aviso y sus actualizaciones en la página gnp.com.mx. Por lo anterior:

CONSENTIMIENTO

SOLICITANTE TITULAR (y de su Representante Legal si es menor de edad)	CONTRATANTE (Solo si es diferente al Solicitante)
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Consiento el tratamiento de mis datos personales para las finalidades secundarias	

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.

Nombre y firma	Nombre y firma

Declaro de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que AUTORIZO a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (en lo sucesivo "GNP") para que, en los términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, realice la obtención, uso, divulgación, almacenamiento, supresión, y en general, tratamiento de mis datos personales, incluyendo datos sensibles y patrimoniales, en su caso, para que dicho tratamiento se realice conforme al Aviso de Privacidad Integral de GNP. Reconozco que se me ha informado de manera clara y comprensible que puedo ejercer mis derechos ARCO conforme al Aviso de Privacidad Integral de GNP en el momento en que lo desee. Por lo que:

SOLICITANTE TITULAR (y de su Representante Legal si es menor de edad)	CONTRATANTE (Solo si es diferente al Solicitante)
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Consiento 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.

Nombre y firma	Nombre y firma

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
Solicitante 1	[]	[]	Solicitante 2	[]	[]	Solicitante 3	[]	[]	Solicitante 4	[]	[]

En caso de respuesta afirmativa, especificar respuesta:

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

CUA	CONTRATO	FOLIO	D.A.	NOMBRE DEL AGENTE	DISTRIBUCIÓN	FIRMA DEL AGENTE
					%	
					%	
¿DESDE CUÁNDO CONOCE AL SOLICITANTE? (mm/aaaa)			¿RECOMIENDA AL SOLICITANTE, TANTO POR SU ASPECTO SALUDABLE COMO POR SU MORALIDAD, HÁBITOS Y REPUTACIÓN?			
			<input type="radio"/> Si lo recomiendo <input type="radio"/> No lo recomiendo			
AGENTE(S)	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)					

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; 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

“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 23 de Enero de 2020, con el número CGEN-S0043-0003-2020/CONDUSEF-G-00716-003.”