

Formato de alta

Para facilitar los trámites de la solicitud, escriba con letra de molde y no omita ningún dato.

Número de Póliza				Número de Contrato			
Nombre del Contratante o Razón/Denominación Social				Actividad o giro del negocio			
I. Datos del Solicitante (Titular)							
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		Género	
						<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
R.F.C.		Fecha de Nacimiento		Nacionalidad			
letras año mes día homoclave*		día mes año					
CURP*				Profesión u Ocupación (sólo Persona Física)			
II. Datos de los Dependientes Económicos							
1 Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		Fecha de Nacimiento	
						día mes año	
R.F.C.		CURP*				Género	
letras año mes día homoclave*						<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
2 Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		Fecha de Nacimiento	
						día mes año	
R.F.C.		CURP*				Género	
letras año mes día homoclave*						<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
3 Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		Fecha de Nacimiento	
						día mes año	
R.F.C.		CURP*				Género	
letras año mes día homoclave*						<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
4 Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		Fecha de Nacimiento	
						día mes año	
R.F.C.		CURP*				Género	
letras año mes día homoclave*						<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
5 Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		Fecha de Nacimiento	
						día mes año	
R.F.C.		CURP*				Género	
letras año mes día homoclave*						<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
6 Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		Fecha de Nacimiento	
						día mes año	
R.F.C.		CURP*				Género	
letras año mes día homoclave*						<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
7 Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		Fecha de Nacimiento	
						día mes año	
R.F.C.		CURP*				Género	
letras año mes día homoclave*						<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
III. Domicilio particular del Titular en México (si tiene residencia en México)							
Calle				Número exterior		Número interior	
Colonia		C.P.		Municipio o Delegación		Ciudad o Población	

Entidad Federativa	Teléfono de contacto (Casa/oficina) lada	Extensión	Correo electrónico
¿Todos los Dependientes Económicos residen en el domicilio arriba citado? En caso negativo indicar nombre y domicilio del (los) dependiente(s) económico(s)			Correo electrónico
Información adicional del Titular			
Fecha de inicio de relación laboral	día mes año	¿Tiene alguna otra ocupación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál?
Lugar donde la desempeña			
Observaciones			
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) (<i>Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx</i>).			
¿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. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
De interés para el Solicitante (Debe leerlo 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.		protesta de decir la 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.	
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) (<i>Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx</i>).		"Enterado de lo que antecede y para efectos de la solicitud del Seguro, declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la Aseguradora, si ésta lo estima conveniente, lo cual no me exime de las responsabilidades en que pueda incurrir por omisiones, inexactas o falsas declaraciones. Además autorizo a los Médicos o personal que me hayan asistido o examinado, a los Hospitales o Clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad y para efecto, relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional en este caso, aceptando que se proporcionen a la Aseguradora los datos mencionados"	
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.		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 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	
Por lo anterior, en mi carácter de Solicitante Titular y/o Contratante y en representación de los Solicitantes, bajo			

En caso de requerir información contáctenos: al 5227 9000 para la Ciudad de México, al 01 800 400 9000 lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx

ramo que le sea solicitada por mi persona y en ningún momento para fines de comercialización o mercadotecnia de productos o servicios. Esta información puede ser requerida al momento de presentar este documento, en caso de fallecimiento o en cualquier momento en que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. lo considere oportuno.

Bajo protesta de decir verdad, declaro haber llenado de puño y letra con información verdadera los cuestionarios anexos correspondientes a todas las personas incluidas en este formato.

El Solicitante Titular declara que le fue entregado y 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, Periodos de Espera, Cláusulas Generales y/o Particulares, las cuales conoce, entiendo y acepta 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(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx). 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 al 5227 9000 desde la Ciudad de México o al 01 800 400 9000 desde el Interior de la República 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.

Datos Personales:

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (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 Consiento dicho tratamiento

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 el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

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 Avenida Cerro de las Torres Número 395, Colonia Campestre Churubusco, Delegación Coyoacán, C.P. 04200; comunicarse a los teléfonos 5227 9000 desde la Ciudad de México o al 01 800 400 9000 desde el Interior de la República, o bien al correo electrónico: unidad.especializada@gnp.com.mx

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) Cliente(s), 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 RESOLUCION 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 (de los) Solicitante(s), Beneficiario(s) o Contratante 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.

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.

Lugar y fecha

Si el Solicitante es menor de edad,
nombre y firma del Padre o Tutor

Nombre y firma del Solicitante

En caso de requerir información contáctenos: al 5227 9000 para la Ciudad de México,
al 01 800 400 9000 lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx

Datos del agente

Nombre	Clave	Zona
--------	-------	------

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, recabé copia simple de los documentos de identificación y los cotejé con los originales que tuve a la vista, en el caso de que éstos hayan sido requeridos, de acuerdo al monto de la prima del negocio.

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 Instituciones de Seguros y de Fianzas) (*Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx*). 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 Contratante (para uso interno de la Compañía)

Firma Agente de Seguros

Antes de entregar esta solicitud, verifique lo siguiente:

- 1) Haber requisitado totalmente la primera página de este formato.
- 2) Haber requisitado el cuestionario médico para Usted y cada uno de sus dependientes económicos.
- 3) Haber firmado los espacios referentes a nombre y firma del Solicitante y cuestionario médico.

Observaciones

Informativo

“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 17 de marzo de 2017 con el número CGEN-S0043-0058-2017.”