

Solicitud de Seguro Colectivo Línea Azul

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.

I. Datos del Contratante

Razón/Denominación Social o Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) letras año mes día homoclave
 R.F.C. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Domicilio

Estado Municipio o Alcaldía Código Postal

Lada Teléfono Extensión Correo Electrónico

II. Tipo de Plan a Contratar

Marque con una "X" el Plan y Círculo Médico que desee contratar.

Internacionales

Nacionales

- | | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|
| Línea Azul VIP
<input type="checkbox"/> Novus | Línea Azul Internacional
<input type="checkbox"/> Novus
<input type="checkbox"/> Excelsis
<input type="checkbox"/> Tempus
<input type="checkbox"/> Omnia | Premier 100
<input type="checkbox"/> Novus
<input type="checkbox"/> Excesis
<input type="checkbox"/> Tempus
<input type="checkbox"/> Omnia
<input type="checkbox"/> Decus
<input type="checkbox"/> Certum | Premier 200
<input type="checkbox"/> Novus ⁽¹⁾
<input type="checkbox"/> Excelsis
<input type="checkbox"/> Tempus
<input type="checkbox"/> Omnia
<input type="checkbox"/> Decus
<input type="checkbox"/> Certum | Premier 300
<input type="checkbox"/> Novus
<input type="checkbox"/> Excelsis
<input type="checkbox"/> Tempus
<input type="checkbox"/> Omnia
<input type="checkbox"/> Decus
<input type="checkbox"/> Certum | Premier 400
<input type="checkbox"/> Novus
<input type="checkbox"/> Excelsis
<input type="checkbox"/> Tempus
<input type="checkbox"/> Omnia
<input type="checkbox"/> Decus
<input type="checkbox"/> Certum |
|--|--|---|---|--|--|

⁽¹⁾ Excepto Área Metropolitana

Otro (llenar solo en caso de estar contemplando más de 1 Colectividad): _____

III. Coberturas

Cobertura	Suma Asegurada o Regla para deteminarla	Deducible ⁽²⁾	Coaseguro
Gastos Médicos Mayores			%

⁽²⁾ En planes Nacionales, el deducible es en Salario Mínimo General Mensual Vigente en la Ciudad de México, pesos o Unidad de Medida de Actualización Mensual Vigente. Para planes Internacionales, el deducible es en dólares.

¿Solicita el Beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera? Sí No Otro*: _____

Beneficios Adicionales

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cláusula de Enfermedades Catastróficas en el Extranjero (CECE)
<input type="checkbox"/> Cláusula Familiar (CF)
<input type="checkbox"/> Cláusula de Emergencia Médica en el Extranjero (CEE) | <input type="checkbox"/> Cláusula de Ampliación de Beneficios (CAB)
<input type="checkbox"/> Cláusula de Membresía Médica Móvil (MM)
<input type="checkbox"/> Cláusula de Conversión a Individual (CCI)
<input type="checkbox"/> Otro*: _____ |
|---|--|

Nota: Su Intermediario de Seguros le proporcionará la información de cada uno de los planes, tabuladores, Suma Asegurada, deducible, coaseguro, copagos, coberturas y exclusiones; así como las diferentes regiones o estados donde aplican.

Esta solicitud deberá ir acompañada del listado de Asegurados que contenga la siguiente información: número de empleado, apellido paterno, apellido materno, primer nombre, fecha de nacimiento, sexo, parentesco, así como el detalle de la información siniestral previa y los cuestionarios médicos en los casos en que resulten aplicables.

* Llenar sólo en caso de estar contemplando más de 1 Colectividad

IV. Datos de la Colectividad Asegurable

Giro de la Colectividad

Actividades principales de la Colectividad, incluyendo lugar habitual de labores, uso de herramientas, maquinaria, materiales.

Relación Contratante – Asegurado
 Patrón – Empleado Empresa – Cliente Asociación – Asociado Otro*: _____

En caso de requerir mayor información contáctenos al 55 5227 9000 desde cualquier parte de la República o visite gnp.com.mx

Número de Personas que conforman el total de la Colectividad

Hombres: _____ Mujeres: _____ Total: _____ Otro*: _____

Número total de personas de la Colectividad que se van a asegurar

Hombres: _____ Mujeres: _____ Total: _____

Titulares: _____ Dependientes: _____ Total: _____

Edad Promedio: _____ Estado de Residencia: _____ Otro*: _____

Prestación Laboral Sí ⁽³⁾ No Otro*: _____

⁽³⁾ En caso de haber marcado la opción Sí, se requerirá documentación comprobatoria.

¿Los Asegurados titulares que integran la Colectividad se adhieren de manera voluntaria? Si No

¿Los Dependientes Económicos se adhieren de manera voluntaria? Si No

Otro*: _____

Características de la Colectividad Asegurable

Elegibilidad

Empleados Activos: _____ Cónyuge o Concubinario: _____ Hijos: _____ Otra*: _____

Contribución del Asegurado al Pago de la Prima

Asegurado Titular: _____% Dependientes Económicos: _____% Otra*: _____

Descripción de las circunstancias de las cuales pueda derivar la ocurrencia simultánea de siniestros a varios integrantes de la Colectividad con relación a las actividades que realicen.

¿Ha estado asegurado con otras compañías en los últimos dos años?

* Llenar sólo en caso de estar contemplando más de 1 Colectividad

V. Datos de Cobro

Forma de Pago

Anual Semestral Trimestral Mensual Otro _____

Datos de Quien Paga la Prima

Asegurado Contratante Ambos Otro: _____

Vía de Pago

Transferencia bancaria Intermediario Otro _____

Tipo de Cuenta

CLABE Otro: _____

Solicito y autorizo a la institución financiera o bancaria que corresponda para que, en caso de que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP) decida aceptar el riesgo detallado en esta Solicitud, la Institución financiera o bancaria realice a mi nombre el pago por los conceptos, periodicidad y montos que se detallan, con cargo 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 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 Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP) liberado de cualquier responsabilidad por la cancelación correspondiente.

Observaciones

Esta Solicitud contempla a las Colectividades a asegurar de acuerdo a los términos y condiciones proporcionados por el Contratante a la Aseguradora.

"Este documento sólo 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"

Advertencias

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 requerir mayor información contáctenos al 55 5227 9000 desde cualquier parte de la República o visite gnp.com.mx

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 Artículo 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 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 y/o Contratante, 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.

Aceptación

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 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.

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 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 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.

El Solicitante y/o 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, 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 esta Solicitud en términos del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro (**Precepto(s) legal(es) disponible(s) 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 al 55 5227 9000 desde cualquier parte 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. Asimismo el Contratante acepta su obligación de entregar los Certificados Individuales, los endosos y las Condiciones Generales del Contrato de Seguro a cada Asegurado.

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., 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: _____

En caso de requerir mayor información contáctenos al 55 5227 9000 desde cualquier parte de la República o visite gnp.com.mx