

**Solicitud de Seguro Respaldo Hospitalario y Seguro por Hospitalización**

Llene con letra de molde

Esta solicitud es:		Folio	
<input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación    Número de Póliza _____			
<b>II. Datos del Contratante</b>			
Razón Social Denominación/Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)		letras    año    mes    día    homoclave*	
		R.F.C.	
<b>Domicilio</b>			
Calle		Número exterior	Número interior
		Colonia	C.P.
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Entidad Federativa	lada    Teléfono
Tipo de identificación	Institución emisora	Folio de identificación	
<b>II. Datos generales de la Póliza (esta sección es para uso exclusivo de la Compañía)</b>			
día    mes    año	VIGENCIA	día    mes    año	Pool
	Principio-Término		
			Prestación laboral
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de negocio		Tipo de administración	
<input type="checkbox"/> Con selección (10- 50 Asegurados) <input type="checkbox"/> Sin selección (mayor a 50 Asegurados)		<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Detallada <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Mensual	
<b>III. Datos relativos a la colectividad</b>			
Número de miembros que forman la Colectividad		Número total de miembros de la Colectividad que se van a asegurar	
Número de Asegurados Principales		Número de Dependientes Económicos	
Características del personal			
<input type="checkbox"/> Sindicalizado <input type="checkbox"/> Confianza <input type="checkbox"/> Otro    Especifique: _____			
Actividades principales de la Colectividad a asegurar			
<input type="checkbox"/> Funcionarios <input type="checkbox"/> Empleados <input type="checkbox"/> Obreros <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____			
Giro de la Colectividad	Póliza Contributoria	Contribución del Asegurado al pago de la prima Asegurados Principales %	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dependientes Económico %	
Relación Colectividad - Asegurado			
<input type="checkbox"/> Patrón-Empleado <input type="checkbox"/> Empresa-Cliente <input type="checkbox"/> Asociación-Asociado <input type="checkbox"/> Otro    Especifique _____			
<b>IV. Tipo de planes a contratar</b>			
Marque con una x el tipo de plan que desea contratar y anote el deducible y coaseguro.			
<input type="checkbox"/> <b>Respaldo Hospitalario</b> Indemnización Diaria Doble Indemnización por Terapia Intensiva <b>Tipo de plan</b> <input type="checkbox"/> <b>A</b> \$500 de indemnización diaria <input type="checkbox"/> <b>B</b> \$1,000 de indemnización diaria <input type="checkbox"/> <b>C</b> \$1,500 de indemnización diaria <input type="checkbox"/> <b>D</b> \$2,000 de indemnización diaria		<input type="checkbox"/> <b>Seguro por Hospitalización</b> Gastos de Hospitalización Honorarios Médicos <b>Tipo de plan</b> <input type="checkbox"/> <b>A</b> Gastos de Hospitalización con Suma Asegurada de \$65,000 Honorarios Médicos con Suma Asegurada de \$20,000 <input type="checkbox"/> <b>B</b> Gastos de Hospitalización con Suma Asegurada de \$75,000 Honorarios Médicos con Suma Asegurada de \$25,000 <input type="checkbox"/> <b>C</b> Gastos de Hospitalización con Suma Asegurada de \$105,000 Honorarios Médicos con Suma Asegurada de \$35,000	
Deducible	Coaseguro	Deducible	Coaseguro

FPC010185-10p\_0317VD.imd

<b>Forma de pago</b> <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Mensual		<b>Canales de cobro</b> <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Cargo a tarjeta de crédito (CAT) <input type="checkbox"/> Cargo a chequera (CACH)		
<b>Nota:</b> Su Agente de Seguros le proporcionará la información de cada uno de los Planes, Sumas Aseguradas, Deducible, Coaseguro, Coberturas y Exclusiones.				
<b>V. Información general para la aseguradora</b>				
¿Solicita esta Póliza para cancelar algún contrato contra otra Aseguradora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
En caso de respuesta afirmativa, explicar las razones por las cuales se canceló el contrato. Indicar el nombre de la otra Aseguradora y proporcionar la experiencia de los últimos 2 años				
<b>1. Motivo por el cual se pretende cambiar de Compañía Aseguradora</b> ¿Con cuáles Aseguradoras ha estado en los últimos 2 años?				
<b>2. Experiencia de los últimos 2 años</b>				
Vigencia	Prima	Monto de los siniestros	Asegurados totales	Compañía
<b>Importante</b> (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?				Contratante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
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 los cuestionarios médicos en los casos en que resulten aplicables y en grupos con selección de riesgo y menores a 50 Asegurados, Acta Constitutiva.				
<b>Advertencias</b>				
<b>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.</b>		<b>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)</b>		
<b>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</b>		<b>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.</b>		
<b>Aceptación</b>				
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.				

El Solicitante y/o Contratante declara(n) que le(s) fue entregado y 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). 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. Asimismo el Contratante acepta su obligación de entregar los Certificados Individuales y las Condiciones Generales del Contrato de Seguro a cada Asegurado.

**Datos Personales:**

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP) se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet gnp.com.mx en la sección Aviso de Privacidad.

La recepción de datos personales en GNP se efectúa en el entendido de que el Contratante obtuvo previamente el consentimiento de los titulares de dichos datos.

**"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."**

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 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

Fechado en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
**La fecha de recibido no implica la aceptación del riesgo.**

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.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Contratante/Solicitante**

**“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: 14 de febrero de 2011, con el número CNSF-S0043-1096-2010/ CONDUSEF-001914-01, 17 de febrero de 2016, con el número CNSF-S0043-0586-2015/ CONDUSEF-001864-01.”**

**Datos del Representante de la Colectividad**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre
Correo Electronico		Puesto
Tipo de Identificación	Institución Emisora	Folio de la Identificación

**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.

**Informativo**

Firma del Contratante (para uso interno de la Compañía)

Firma Agente de Seguros