

Solicitud de Seguro de Vida Individual

Folio del Ejecutivo		Folio de Solicitud No.		RFC Ejecutivo	
I. Datos del contratante					
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre(s)	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)
CURP (si cuenta con ella)			Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Nacionalidad y país de nacimiento (si es distinto a mexicana o México)			Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada (si cuenta con ella)		
¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Definir cargo y dependencia:					
Domicilio Calle				Número exterior	Número interior
Código Postal		País	Entidad Federativa		Municipio o Delegación
Colonia					
Lada	Teléfono particular	Extensión	Correo electrónico		
Teléfono móvil		Profesión u ocupación			
II. Datos de la institución retenedora					
Nombre de la dependencia			Nombre de la subdependencia		
III. Datos del solicitante (en caso de ser distinto al contratante)					
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre(s)	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			Nacionalidad y país de nacimiento (si es distinto a mexicana o México)		
¿El solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Domicilio Calle				Número exterior	Número interior
Código Postal		País	Entidad Federativa		Municipio o Delegación
Colonia					
Lada	Teléfono particular	Extensión	Correo electrónico		
Teléfono móvil		Profesión u ocupación			
IV. Declaración de salud del solicitante					
¿El solicitante 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, drogadicción o alguna otra enfermedad degenerativa no mencionada anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Especifique cuál(es), fecha, duración y estado actual _____					
¿Ha fumado en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
V. Plan a contratar					
<input type="checkbox"/> Vida Más		<input type="checkbox"/> Vida Más Constante		<input type="checkbox"/> Esencial <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Accidentes <input type="checkbox"/> Integral	
Suma Asegurada \$		Prima de seguro \$		Prima excedente \$	Prima total \$
<input type="checkbox"/> Vida Más Incremento a tu Medida		<input type="checkbox"/> Vida Más Constante Incremento a tu Medida		<input type="checkbox"/> Esencial <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Accidentes <input type="checkbox"/> Integral	
Número de Póliza Original		Suma Asegurada Original \$	Prima Original \$	Suma Asegurada a Incrementar \$	Prima a Incrementar \$
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 No. 395, Colonia Campestre Churubusco, C.P. 04200; comunicarse a los teléfonos 5227 9000, o bien al correo electrónico: unidad.especializada@gnp.com.mx					

En caso de requerir información contáctenos al 5227 9000 o visite gnp.com.mx

VI. Beneficiarios						
<p>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 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.</p>						
Beneficiarios Vida Más						
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento	
				%	día	mes año
1				%	.	.
2				%	.	.
3				%	.	.
4				%	.	.
5				%	.	.
6				%	.	.
Domicilio completo (en caso que sea diferente al del Asegurado)				Beneficiarios contingentes		
1				1		
2				2		
3				3		
4				4		
5				5		
6				6		
VII. Cobranza en caso de que el conducto de pago sea distinto a descuento vía nómina						
Periodicidad de pago	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	Conducto de pago	<input type="checkbox"/> Cargo a tarjeta de crédito	<input type="checkbox"/> Cargo a tarjeta de débito
Cargo a tarjeta de crédito o débito			Tarjeta	Fecha de		
Banco	Número		vencimiento		mes	año
Cuenta CLABE						
<p>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. En caso de realizar aportaciones adicionales con Tarjeta de Crédito, éstas no podrán ser mayores a 1/10 de la prima anual del seguro sin ahorro. Se podrá convenir el cargo automático a cuenta bancaria, mediante CLABE, cheque o tarjeta de débito o bien descuento vía nómina en cuyo caso el estado de cuenta, recibo de nómina u otro documento donde aparezca el cargo de la Prima será prueba suficiente de pago de la misma, hasta en tanto la Institución entregue el comprobante de pago correspondiente.</p>						
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) Preceptos legales disponibles en gnp.com.mx						
<p>¿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?</p>				<p>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 la 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</p>		
<p>Solicitante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Contratante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>				<p>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.</p>		
<p>En caso de respuesta afirmativa especificar respuesta:</p>				<p>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.</p>		
<p>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 de 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 el territorio nacional; dicha sentencia</p>						
Advertencia						
<p>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.</p>						
<p>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</p>						
<p>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.</p>						

VIII. Cuenta CLABE

Proporcione la siguiente información que se utilizará si llega a solicitar retiros parciales.

Cuenta CLABE _____

Datos Personales y Consentimiento

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

Sí No

Solicitante Consiento y autorizo dicho tratamiento Contratante 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.

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

Aceptación

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.

Enterado de lo que antecede y para efectos legales de esta Solicitud de Seguro declaro estar dispuesto, si fuera necesario, 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.

CONSENTIMIENTO ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

GNP pondrá a disposición del Asegurado, la Documentación Contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico indicado en esta solicitud de seguro. Sí No Autorizo

Por lo anterior, el Asegurado otorga su consentimiento a Grupo Nacional Provincial S.A.B. (GNP) para realizar la entrega de la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro a través de la vía digital.

SP_021ssvi_cde_sf_0518VD

Informativo

Solicitud de Seguro de Vida Individual

Folio del Ejecutivo		Folio de Solicitud No.		RFC Ejecutivo	
I. Datos del contratante					
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre(s)	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)
CURP (si cuenta con ella)				Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nacionalidad y país de nacimiento (si es distinto a mexicana o México)			Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada (si cuenta con ella)		
¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Definir cargo y dependencia:					
Domicilio Calle				Número exterior	Número interior
Código Postal	País	Entidad Federativa		Municipio o Delegación	
Colonia					
Lada	Teléfono particular	Extensión	Correo electrónico		
Teléfono móvil		Profesión u ocupación			
II. Datos de la institución retenedora					
Nombre de la dependencia			Nombre de la subdependencia		
III. Datos del solicitante (en caso de ser distinto al contratante)					
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre(s)	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				Nacionalidad y país de nacimiento (si es distinto a mexicana o México)	
¿El solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Definir cargo y dependencia:					
Domicilio Calle				Número exterior	Número interior
Código Postal	País	Entidad Federativa		Municipio o Delegación	
Colonia					
Lada	Teléfono particular	Extensión	Correo electrónico		
Teléfono móvil		Profesión u ocupación			
IV. Declaración de salud del solicitante					
¿El solicitante 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, drogadicción o alguna otra enfermedad degenerativa no mencionada anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Especifique cuál(es), fecha, duración y estado actual _____					
¿Ha fumado en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
V. Plan a contratar					
<input type="checkbox"/> Vida Más		<input type="checkbox"/> Vida Más Constante		<input type="checkbox"/> Esencial <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Accidentes <input type="checkbox"/> Integral	
Suma Asegurada \$	Prima de seguro \$	Prima excedente \$	Prima total \$		
<input type="checkbox"/> Vida Más Incremento a tu Medida		<input type="checkbox"/> Vida Más Constante Incremento a tu Medida		<input type="checkbox"/> Esencial <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Accidentes <input type="checkbox"/> Integral	
Número de Póliza Original	Suma Asegurada Original \$	Prima Original \$	Suma Asegurada a Incrementar \$	Prima a Incrementar \$	
<input type="checkbox"/> Ahorra Más	Plazo del Seguro	Suma Asegurada \$	Prima Total \$		
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 No. 395, Colonia Campestre Churubusco, C.P. 04200; comunicarse a los teléfonos 5227 9000, o bien al correo electrónico: unidad.especializada@gnp.com.mx					

En caso de requerir información contáctenos al 5227 9000 o visite gnp.com.mx

VI. 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 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.						
Beneficiarios Vida Más						
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento	
1				%	día	mes año
2				%	.	.
3				%	.	.
4				%	.	.
5				%	.	.
Domicilio completo (en caso que sea diferente al del Asegurado)			Beneficiarios contingentes			
1					1	
2					2	
3					3	
4					4	
5					5	
Beneficiarios Ahorra Más <input type="checkbox"/> Mismos Beneficiarios y porcentaje de Suma Asegurada que en Vida Más						
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento	
1				%	.	.
2				%	.	.
Domicilio completo (en caso que sea diferente al del Asegurado)			Beneficiarios contingentes			
1					1	
2					2	
VII. Cobranza en caso de que el conducto de pago sea distinto a descuento vía nómina						
Periodicidad de pago <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual			Conducto de pago <input type="checkbox"/> Cargo a tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> Cargo a tarjeta de débito			
Cargo a tarjeta de crédito o débito		Tarjeta	Fecha de		mes año	
Banco	Número		vencimiento			
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. En caso de realizar aportaciones adicionales con Tarjeta de Crédito, éstas no podrán ser mayores a 1/10 de la prima anual del seguro sin ahorro. Se podrá convenir el cargo automático a cuenta bancaria, mediante CLABE, cheque o tarjeta de débito o bien descuento vía nómina en cuyo caso el estado de cuenta, recibo de nómina u otro documento donde aparezca el cargo de la Prima será prueba suficiente de pago de la misma, hasta en tanto la Institución entregue el comprobante de pago correspondiente.						
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) Preceptos legales disponibles 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?			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 la 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			
Solicitante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Contratante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			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.			
En caso de respuesta afirmativa especificar respuesta:			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.			
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 de 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 el territorio nacional; dicha sentencia						
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.						

VIII. Cuenta CLABE

Proporcione la siguiente información que se utilizará si llega a solicitar retiros parciales.

Cuenta CLABE _____

Datos Personales y Consentimiento

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

Sí No

Solicitante Consiento y autorizo dicho tratamiento Contratante 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.

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

Aceptación

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.

Enterado de lo que antecede y para efectos legales de esta Solicitud de Seguro declaro estar dispuesto, si fuera necesario, 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.

CONSENTIMIENTO ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

GNP pondrá a disposición del Asegurado, la Documentación Contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico indicado en esta solicitud de seguro. Sí No Autorizo

Por lo anterior, el Asegurado otorga su consentimiento a Grupo Nacional Provincial S.A.B. (GNP) para realizar la entrega de la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro a través de la vía digital.

SP_021ssvi_cde_sf_0518VD

Informativo

Solicitud de Seguro de Vida Individual

Folio del Ejecutivo		Folio de Solicitud No.		RFC Ejecutivo	
I. Datos del contratante					
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre(s)	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)
CURP (si cuenta con ella)			Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Nacionalidad y país de nacimiento (si es distinto a mexicana o México)			Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada (si cuenta con ella)		
¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en el último año? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Definir cargo y dependencia:					
Domicilio Calle				Número exterior	Número interior
Código Postal	País	Entidad Federativa		Municipio o Delegación	
Colonia					
Lada	Teléfono particular	Extensión	Correo electrónico		
Teléfono móvil		Profesión u ocupación			
II. Datos de la institución retenedora					
Nombre de la dependencia			Nombre de la subdependencia		
III. Datos del solicitante (en caso de ser distinto al contratante)					
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre(s)	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			Nacionalidad y país de nacimiento (si es distinto a mexicana o México)		
¿El solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en el último año? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Domicilio Calle				Número exterior	Número interior
Código Postal	País	Entidad Federativa		Municipio o Delegación	
Colonia					
Lada	Teléfono particular	Extensión	Correo electrónico		
Teléfono móvil		Profesión u ocupación			
IV. Declaración de salud del solicitante					
¿El solicitante 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, drogadicción o alguna otra enfermedad degenerativa no mencionada anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Especifique cuál(es), fecha, duración y estado actual _____					
¿Ha fumado en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
V. Plan a contratar					
<input type="checkbox"/> Vida Más		<input type="checkbox"/> Vida Más Constante		<input type="checkbox"/> Esencial <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Accidentes <input type="checkbox"/> Integral	
Suma Asegurada \$	Prima de seguro \$	Prima excedente \$	Prima total \$		
<input type="checkbox"/> Vida Más Incremento a tu Medida		<input type="checkbox"/> Vida Más Constante Incremento a tu Medida		<input type="checkbox"/> Esencial <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Accidentes <input type="checkbox"/> Integral	
Número de Póliza Original	Suma Asegurada Original \$	Prima Original \$	Suma Asegurada a Incrementar \$	Prima a Incrementar \$	
<input type="checkbox"/> Ahorra Más	Plazo del Seguro	Suma Asegurada \$	Prima Total \$		
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 No. 395, Colonia Campestre Churubusco, C.P. 04200; comunicarse a los teléfonos 5227 9000, o bien al correo electrónico: unidad.especializada@gnp.com.mx					

En caso de requerir información contáctenos al 5227 9000 o visite gnp.com.mx

VI. 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 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.						
Beneficiarios Vida Más						
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento	
1				%	día	mes año
2				%	.	.
3				%	.	.
4				%	.	.
5				%	.	.
Domicilio completo (en caso que sea diferente al del Asegurado)				Beneficiarios contingentes		
1				1		
2				2		
3				3		
4				4		
5				5		
Beneficiarios Ahorra Más <input type="checkbox"/> Mismos Beneficiarios y porcentaje de Suma Asegurada que en Vida Más						
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento	
1				%	.	.
2				%	.	.
Domicilio completo (en caso que sea diferente al del Asegurado)				Beneficiarios contingentes		
1				1		
2				2		
VII. Cobranza en caso de que el conducto de pago sea distinto a descuento vía nómina						
Periodicidad de pago	<input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		Conducto de pago	<input type="checkbox"/> Cargo a tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> Cargo a tarjeta de débito		
Cargo a tarjeta de crédito o débito			Tarjeta	Fecha de		
Banco	Número			vencimiento		mes año
Cuenta CLABE						
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. En caso de realizar aportaciones adicionales con Tarjeta de Crédito, éstas no podrán ser mayores a 1/10 de la prima anual del seguro sin ahorro. Se podrá convenir el cargo automático a cuenta bancaria, mediante CLABE, cheque o tarjeta de débito o bien descuento vía nómina en cuyo caso el estado de cuenta, recibo de nómina u otro documento donde aparezca el cargo de la Prima será prueba suficiente de pago de la misma, hasta en tanto la Institución entregue el comprobante de pago correspondiente.						
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) Preceptos legales disponibles 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?				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 la 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		
Solicitante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Contratante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				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.		
En caso de respuesta afirmativa especificar respuesta:				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.		
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 de 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 el territorio nacional; dicha sentencia						
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.						

VIII. Cuenta CLABE

Proporcione la siguiente información que se utilizará si llega a solicitar retiros parciales.

Cuenta CLABE _____

IX. Declaración Ocupacional

¿El solicitante desempeña alguna profesión, ocupación, deporte o afición indicada en el Anexo 1: "Profesiones y ocupaciones, Deportes / Aficiones"? Sí No

Especifique cuál(es) _____

Datos Personales y Consentimiento

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

Sí No

Solicitante Consiento y autorizo dicho tratamiento Contratante 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.

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

Aceptación

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.

Enterado de lo que antecede y para efectos legales de esta Solicitud de Seguro declaro estar dispuesto, si fuera necesario, 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.

SP_021ssvi_cste_sf_0518VD

Informativo