

Solicitud de Seguro de Vida Individual

Folio del intermediario		Folio de solicitud No.		RFC de intermediario	
I. Datos del Solicitante. El nombre completo, RFC con homoclave, CURP, Régimen Fiscal y Domicilio Fiscal son datos necesarios que requiere 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. Por lo anterior, es necesario que los datos declarados sean los que se encuentren registrados ante la autoridad fiscal.					
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre(s)	
				Fecha de nacimiento <small>día mes año</small>	
letras		año mes día		homoclave (si cuenta con ella)	
RFC		CURP (si cuenta con ella)		Sexo al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Entidad Federativa y País de nacimiento		Nacionalidad		Ocupación actual	
No. de identificación fiscal y País emisor (solo extranjeros)		Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada (si cuenta con ella)		Régimen Fiscal	
¿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 Definir cargo y dependencia:					
Domicilio Particular (en caso de no tener residencia en México, indique su domicilio en el extranjero).					
Calle		Número exterior		Número interior	
Código Postal		Colonia		Municipio o Alcaldía	
Ciudad o Población		Entidad federativa		País	
Lada Teléfono particular		Extensión		Teléfono móvil	
				Correo electrónico	
Domicilio Fiscal (solo en caso de ser diferente al domicilio particular). Este dato será utilizado para la emisión de constancias y facturas a nombre del Solicitante, por lo que en caso de requerir estos documentos, es importante que se declare el domicilio registrado ante la autoridad fiscal.					
Calle		Número exterior		Número interior	
Código Postal		Colonia		Municipio o Alcaldía	
Municipio o alcaldía		Entidad federativa		País	
II. 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, VIH, 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					

Informativo

III. Plan a contratar			
Plan		Prima de ahorro único	\$
Fallecimiento	\$	Prima de ahorro adicional	\$
Moneda			Forma de liquidación
Pesos		Dólares	
<input type="checkbox"/> Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Pago único
<input type="checkbox"/> Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Alternativa _____	
<input type="checkbox"/> Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Alternativa _____	
<input type="checkbox"/> Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Alternativa _____	
<input type="checkbox"/> Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Alternativa _____	
<input type="checkbox"/> Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Alternativa _____	
<input type="checkbox"/> Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Alternativa _____	
<input type="checkbox"/> Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Alternativa _____	<input type="checkbox"/> Alternativa _____	
<input type="checkbox"/> Otro(s) _____			<input type="checkbox"/> Fideicomiso

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 395, Colonia Campestre Churubusco, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04200, por los siguientes medios: Llamando al teléfono 55 5227 9000 para la Ciudad de México e Interior de la República o enviando correo electrónico a la dirección: unidad.especializada@gnp.com.mx; o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, al teléfono 55 5340 0990 para la Ciudad de México e Interior de la República, al correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o visite la página condusef.gob.mx

IV. Cuenta CLABE

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

Cuenta CLABE _____

V. 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 un 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.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento
				%	día mes año
1				%	
2				%	
3				%	
4				%	
5				%	
6				%	

Domicilio de los Beneficiarios: Calle, No. exterior, No. interior, Colonia, Código Postal, Municipio o Alcaldía, Ciudad o Población, Entidad Federativa y País. (Sólo en caso de ser distinto al domicilio del Solicitante).

Domicilio	Beneficiarios contingentes
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6

En caso de requerir información contáctenos al (55) 5227 9000 o visite gnp.com.mx

VI. CobranzaPeriodicidad de pago: AnualConducto de pago: Cargo a tarjeta de crédito Cargo a tarjeta de débito Transferencia bancaria

Cargo a tarjeta de crédito o débito Fecha de mes año
 Banco _____ Tarjeta número _____ vencimiento _____

Banco _____ Tarjeta número opcional _____ Fecha de mes año
 vencimiento _____

Solicito y autorizo a la institución financiera o bancaria que corresponda, para que se 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 tanto la institución entregue el comprobante de pago correspondiente.

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.

Datos personales y consentimiento

Reconozco que previo a proporcionar mis datos personales se ha puesto a mi disposición el **Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B.** (en lo sucesivo GNP), el cual he leído y comprendido, por lo que tengo conocimiento de (i) la identidad y domicilio de GNP; (ii) los datos personales que serán sujetos a tratamiento; (iii) las finalidades primarias y secundarias del tratamiento, así como las transferencias que van a efectuarse; (iv) los medios habilitados para limitar el uso o divulgación de mis datos personales y/o revocar mi consentimiento, así como para ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Asimismo manifiesto tener conocimiento que puedo consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página gnp.com.mx. Por lo anterior, en mi carácter de titular y una vez que he sido informado sobre el tratamiento al que serán sujetos mis datos personales, otorgo mi consentimiento expreso y por escrito para que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. trate mis datos personales en términos de lo señalado en el referido Aviso de Privacidad. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento, así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta. Entiendo que el consentimiento para el tratamiento de mis datos personales no será necesario cuando la finalidad del tratamiento sea cumplir obligaciones derivadas de la relación jurídica que en su caso se establezca, tal como lo sería la formalización del contrato de seguro.

 Firma del Solicitante

Aceptación

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 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.

En caso de requerir información contáctenos al (55) 5227 9000 o visite gnp.com.mx

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.

Declaro bajo protesta de decir verdad que el(los) Solicitante(s) Titular(es) descritos en este documento, actúan por cuenta propia y que la contratación se realiza con recursos propios, los cuales tienen un origen lícito.

El(los) Solicitante(s) declara(n) que le(s) fue explicado por el intermediario, el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que se refiere a sus derechos básicos, las Coberturas, Exclusiones, Indisputabilidad, 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.**

Las exclusiones y limitaciones de este producto pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro. Asimismo, tiene(n) conocimiento de que las Condiciones Generales del Contrato de Seguro también se encuentran en la página **gnp.com.mx** o puede(n) solicitarlas nuevamente a su Intermediario, llamando al **(55) 5227 9000** a nivel nacional 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 ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

El Asegurado otorga su consentimiento para que la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro, le sea entregada a través de la vía digital.

Sí 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: _____

Bajo protesta de decir la 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.

Nombre y Firma del Solicitante

El intermediario que suscribe realizó una entrevista personal con el Solicitante 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, validó la identificación oficial exhibida por éste.

	Tipo de identificación	Entidad emisora	Folio o número de identificación
Solicitante			

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 legal disponible 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).

Nombre y Firma del Intermediario

En caso de requerir información contáctenos al (55) 5227 9000 o visite gnp.com.mx

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 DD de MM de AAAA, con el número CNSF-S0043-XXX-XXX / CONDUSEF-XXXXXX-XX.

Informativo

En caso de requerir información contáctenos al (55) 5227 9000 o visite gnp.com.mx