

**Grupo Nacional Provincial, S.A.B.**Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco C.P. 04200, México, Ciudad de México

# Solicitud de Seguro de Vida Individual

**Vida Total** 

Folio del Ejecutivo		Folio (	de Solid	citud No.		RFC Ejecutivo				
I. Datos del contratante										
Primer apellido	Š	Segund	lo apelli	do	No	mbre(s	s)			cha de nacimiento
letras año R.F.C.	mes día	home	oclave	CURP (si cu	enta con ella)	)		Sexo		acer ino ☐Femenino
Entidad Federativa y País d	le nacimier	nto	Nacio	nalidad			Ocupaci	ión actual		
No. de identifcación fiscal y (solo extranjeros)	País emiso	or I	│ Número Firma E	de Serie del lectrónica Av	Certificad anzada (si	o Digita cuenta c	al de la on ella)	Régime	en Fis	scal
¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en el último año? Sí 🔲 No 🗌 Definir cargo y dependencia:										
Domicilio Particular										
Calle							Núm	nero exter	ior	Número interior
Código Postal C	olonia						Muni	icipio o Al	caldí	a
Ciudad o Población			Entid	ad Federativ	а		País			
Lada Teléfono particular E	Extensión	Tel	éfono m	nóvil	Correo	electrór	nico			
Domicilio Fiscal (solo en ca y facturas a nombre del Con registrado ante la autoridad Calle	tratante, po						s, es imp		e se	
Código Postal C	olonia						Muni	icipio o Al	caldí	a
Ciudad o Población			Entid	ad Federativ	а		País			
II. Datos de la institución	retenedora	a								
Nombre de la dependencia					Nombre de	e la sub	depende	encia		
III. Datos del solicitante (e	en caso de	ser di	stinto a	l contratant	e)					
Primer apellido	5	Segund	o apelli	do	No	mbre(s	s)			cha de nacimiento lía mes año
letras año	mes día	homo	oclave	CURP (si cue	enta con ella)			Sexo		acer ino ∏Femenino
Entidad Federativa y País d	le nacimien	ito	Nacio	nalidad			Ocupaci	ión actual		
No. de identifcación fiscal y	País emiso	Or (solo e	extranjero	s) Númer	o de Serie ada (si cuent	del Ce	rtificado	Digital de	la Fi	rma Electrónica
		~ .						=		1.600
¿El solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en el último año? Sí 🔲 No 🗌 Definir cargo y dependencia:										
Domicilio Particular										
Calle							Núm	ero exteri	ior	Número interior
Código Postal Colonia				Municipio o Alcaldía						
Ciudad o Población			Entida	d Federativa			País			
Lada Teléfono particular E	Extensión	Tele	éfono m	nóvil	Correo e	electrór	nico			

IV. Declaración de salud d	lel solicitante						
Especifique peso y estatura	. Peso	kg		Estatura	n	1	
hipertensión arterial, diabet	a padecido alguna enfermed es, epilepsia, esclerosis múlt o alguna otra enfermedad de	tiple, fiebre reu	mática, SIDA	, VIH, cáncer, tur			
Especifique cuál(es), fecha,	, duración y estado actual:						
¿Ha fumado en los últimos 12 meses? 🗌 Sí 💮 No							
	V. Declaración ocupacional						
¿El solicitante desempeña a y "Anexo 2: Deportes y aficio	ılguna profesión, ocupación, o ones"?         □ Sí       □ No		n indicada en	el "Anexo 1: Prof	fesiones y	ocupaciones"	
Especifique cuál(es)							
VI. Plan a contratar							
	Prima de seguro P	rima excedente	e Pr	ima total	Suma As	segurada	
☐ Vida Total							
☐ Temporal de ahorro							
Beneficios adicionales	□ ISE	□BIT	1	□ IMA	D	IBA	
│ │ □ BIT Prima exc	<del>-</del>	☐ GFH		☐ BITGFC		FC	
-	Atención a Usuarios (UNE)						
Especializada de Atención a Colonia Campestre Churu 55 5227 9000 para la Ci unidad.especializada@gnp. Servicios Financieros (CON 03100, al teléfono 55 53	o duda no resuelta relacionada Usuarios (UNE) de Grupo abusco, Alcaldía Coyoacán, udad de México e Interior com.mx; o bien contacte a la NDUSEF) con domicilio en Ir 340 0990 para la Ciudad co visite la página condusef.	Nacional Provi C.P. 04200, de la Repúb Comisión Nac Surgentes Sur de México e	ncial, S.A.B., por los sigi lica o Envia cional para la r 762, Colonia	ubicada en Av. C uientes medios: ndo correo elec Protección y Defe a Del Valle, Alcal	Cerro de la Llamando trónico a ensa de los día Benito	s Torres 395, o al teléfono la dirección: s Usuarios de o Juárez, C.P.	
VII. Beneficiarios	γ-19	<u></u>					
como representante de los las legislaciones civiles pre cargos similares y no contra designación que se hici edad de ellos, legalmente probligación moral, pues la incondicionado de disponer	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.						
Primer apellido S	Segundo apellido No	mbre(s)	Parentesco	Suma Asegurad			
1				9/	6 dia	mes año	
2				9	6	1 . 1	
3				9	6		
4				9,	6		
5				9/	6		
6				9/	-		
	o que sea diferente al del sol	licitante)	Beneficiario	s contingentes	-		
1		,	1				
2			2				
3			3				
4			4				
5			5				
6							
VIII. Cobranza							
Periodicidad de pago:  Anual Semestral	☐ Trimestral ☐ Mensual	Conducto de	e pago: argo a tarjeta de crédito	☐ Cargo a tarje ☐ de débito	eta De	scuento nómina	
Cargo a tarjeta de crédito d			ue credito				
Banco		L		Fe	echa de encimiento	mes año	
	Tarjeta Número Opcional			Fe	echa de	mes año	
conceptós, periodicidad y identificada por la CLABE o responsabilidad. En caso d	citución financiera o bancaria montos que se detallan, co que se cita, a favor de Grupo e realizar a Se podrá appro-	n cargo a mi Nacional Prov onales con Tai	tarjeta de dé incial, S.A.B. jeta de Créd	bito o crédito, o (GNP), liberando to, éstas no podr	a mi cue o al banco án ser ma	ntă bancaria de cualquier yores a 1/10	

conceptós, 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 debito 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.

### **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.

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.

## IX. Cuenta CLABE

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

Anovo 1: Profesiones : assumes in	200					
Anexo 1: Profesiones y ocupacion	168	F.1. 17		B 4		
"Doble"			n de lámina	Mens	sajero en motocicleta	
Acróbata			pinturas y/o pintor		Meseras	
Agiotista		•	nejo de insecticidas	Militar		
Albañil			or de hielo		s (Manejo de explosivos	
Alfarero			ridrio o colocador	y/om ∃ al:	nayor o igual a 3 días a semana en mina)	
Apostadores			carrilero		·	
Aserrador			igador · / / /	Mineros (	Sin manejo de explosivo días a la semana en min	
Astillero			rio público	,		
Automovilista Profesional			didor	ľ	Ministerio público	
Aviación (empleado en talleres y pil			adero		Ministro	
Aviación (empleados en aeropuert	os)		rnador	Mot	ociclista Profesional	
Azafata			espaldas		Mudanzas	
Bailarines			a forestal	Ol	oreros de plásticos	
Barquero (embarcación en agua	S		n montaña o pesca		Panadero	
tranquilàs o poco profundas)			rrero	5	Peluquero	
Bombero			latero	Petróleo	o (Trabajador en planta)	
Calderero (Refinería de petróleo			lero		Policías	
Camarógrafo			rina (hasta 40 metros)		Procurador	
Carcelero			na (más de 40 metros)		ulidor de metales	
Cargador	Ш		enimiento de antenas	V	Químico	
Carnicero	-	•	venta de pulque	Radiología		
Carpintero			ckey	Reparador/Instalador de elevador		
Chef o Cocinero			o turístico	Repa	artidor en motocicleta	
Chofer			iador		Sacerdote	
Chofer (Vehículos blindados.		Limpiador de cris	tales y/o chimenea		Salvavidas	
Traslado de valores)		Lino	tipista		Soldador	
Circo		Magis	strados	Soplador de vidrio		
Cobrador		Majeno y/	o contacto	Tauromaquia		
Colocación y/o		de sustanc	ias alcalinas	Tornero mecánico		
mantenimiento de anuncios		Manejo de	e abrasivos		bajador en cantera	
Comerciante		Manejo d	le asbesto	Trabajador en plataformas		
Coreógrafo		Manejo	de asfalto	Trabajo en hipódromo		
Cortador de caña Curtidores		Manejo o cont	acto con ácidos	Trabajo en la construcción		
Detective		Manejo o contac	to con explosivos	Trabajo en metalurgia		
Diputado		Manejo y/o con	tacto con alcohol	Utilización o contacto con arsénic		
Ebanista		Manejo y/o conta	ecto con amoniaco		Vaquero	
Electricista		Marina (n	avegación)	Veladores		
Estudiante		Mas	ajista	Venta o instalación de aire		
Fabricación de cemento/yeso		Matadero	de ganado		acondicionado	
Fabricación de ladrillo					Vulcanizador	
Anexo 2: Deportes y aficiones						
Alpinismo		Ciclismo	Levantamiento d	e pesas	Rafting	
Artes marciales		Colombofilia	Lucha		Rapel	
Automovilismo		Equitación	Motociclisn	10	Rodeo	
Béisbol		Espeleología	Motociclismo (co		Rugby	
Bobsleigh o Bobsled		Esquí acuático	Motonáutio		Surf	
Box		Esquí en nieve	Paracaidisr		Velero	
		<u> </u>		IIU		
Bumgee Jump		ísico-culturismo	Patinaje		Viet-Vo-Dao	
Cacería	Gir	mnasia olímpica	Polo		Wake-Board	
Charrería		Halterofilia	Práctica de ca			

Datas	Davagnalas	· Concentingiante
Datos	Personales	v 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 www.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	Firma del Contratante

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 (55) 5227 9000.

### Aceptación

Este documento solo 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.

Declaro bajo protesta de decir verdad que el Solicitante Titular y/o Contratante 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) y/o el 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, 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 legal disponible en gnp.com.mx). Las Exclusiones y Limitaciones pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro. Asimismo, tiene (n) conocimiento que las Condiciones del Contrato de Seguro también se encuentran en la página gnp.com.mx, puede (n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, o llamando al (55) 5227 9000 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.

Bajo protesta de decir verdad, declaro (declaramos) 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 Solicitante	Firma del Contratante	
	a personal con el Contratante y la(s) persona(s) que solicita(n) el pro	

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
Contratante			
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 cómo 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) y Contratante.

Firma	del	Ejecutivo	)
-------	-----	-----------	---

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 , con el número



**Grupo Nacional Provincial, S.A.B.**Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco C.P. 04200, México, Ciudad de México

# Solicitud de Seguro de Vida Individual

Vida Total

I. Datos del contratante	)							
Primer apellido	Seg	undo apellido		Nombre(	s)	Fe	echa de nacimiento	
letras año	mes día h	omoclave Cl	URP (si cuer	nta con ella)		Sexo al n	acer lino	
Entidad Federativa y Paí	s de nacimiento	Nacionali	idad		Ocupació			
Zinada i Gabranta y i di	o do naominomo	rtadionan	Idda					
No. de identifcación fisca (solo extranjeros)	l y País emisor			Certificado Digit Inzada (si cuenta d		Régimen F	scal	
¿El contratante desempe Sí ☐ No ☐ Defin	ña o ha desempeñ ir cargo y depend		uno dentro	del Gobierno Μι	unicipal, Est	tatal o Fedei	al en el último año?	
Domicilio Particular								
Calle					Núme	ro exterior	Número interior	
Código Postal	Colonia				Munici	pio o Alcald	ía	
Ciudad o Población		Entidad	Federativa	ı	País			
Lada Teléfono particular	Extensión	Teléfono móvi	il	Correo electró	nico			
<b>Domicilio Fiscal</b> (solo en caso de ser diferente al domicilio particular). Este dato será utilizado para la emisión de constancias y facturas a nombre del Contratante, por lo que en caso de requerir estos documentos, es importante que se declare el domicilio registrado ante la autoridad fiscal.								
Calle	nt	Orl	<u> </u>	Ot	Núme	ro exterior	Número interior	
Código Postal	Colonia		Н	at	Munici	pio o Alcald	Ía	
Ciudad o Población		Entidad	Federativa	ı	País	País		
II. Datos de la institució	n retenedora							
Nombre de la dependend	cia		N	lombre de la sul	bdependen	cia		
III. Datos del solicitante	(en caso de se	r distinto al co	ontratante	)				
Primer apellido	Seg	undo apellido		Nombre(	s)	Fe	echa de nacimiento día mes año	
letras año	mes día h	omoclave Cl	JRP (si cuer	nta con ella)		Sexo al n		
R.F.C.	s de nacimiento	Nacionali	dad		Ocupació		lino	
					-			
No. de identifcación fisca	l y País emisor (s	solo extranjeros)		de Serie del Ce da (si cuenta con e		igital de la F	irma Electrónica	
¿El solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en el último año?  Sí  No  Definir cargo y dependencia:								
Domicilio Particular								
Calle					Núme	ro exterior	Número interior	
Código Postal Colonia Municipio o Alcaldía					ía			
Ciudad o Población Entidad Federativa País								
Lada Teléfono particular	Extensión	Teléfono móvi	<b> </b>	Correo electró	nico			

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, VIH, cáncer, tumores, leucemia, lupus, alcoholismo, drogadicción o alguna otra enfermedad degenerativa no mencionada anteriormente?						
Especifique cuál(es), fecha, duración y estado actual:						
¿Ha fumado en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No						
V. Plan a contratar						
Vida Total Suma /	Asegurada					
☐ Fallecimiento ☐ BIT ☐ IMA	☐ ISE ☐ Asegurabilidades					
Las Asegurabilidades se generarán a partir del primer aniversario y dur emitirán 9 de forma automática y consecutiva como una protección adi de \$2,500,000 M.N. en conjunto con todas las coberturas de Asegura adiciona. La cobertura por cada Asegurabilidad será del 30% de la póli adicionales pero no otras Asegurabilidades.	icional. Se considerará como tope máximo la cantidad abilidades y de la cobertura básica del plan al que se					
Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)						
Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con su segu Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Grupo Nacional Provi Colonia Campestre Churubusco, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04200, 55 5227 9000 para la Ciudad de México e Interior de la Repúb unidad.especializada@gnp.com.mx; o bien contacte a la Comisión Nac Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Insurgentes Su 03100, al teléfono 55 5340 0990 para la Ciudad de México e asesoria@condusef.gob.mx o visite la página condusef.gob.mx	incial, S.A.B., ubicada en Av. Cerro de las Torres 395, por los siguientes medios: Llamando al teléfono blica o Enviando correo electrónico a la dirección: cional para la Protección y Defensa de los Usuarios de r 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P.					
VI. Beneficarios						
Advertencia: En caso que desee nombrar como beneficiarios a meno como representante de los menores para efecto de que, en su representas legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tu cargos similares y no consideran al contrato de seguro como La designación que se hiciera de un mayor de edad como representa edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario a obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.	entación, cobre la indemnización. Lo anterior, porque itores, albaceas, representantes de herederos u otros instrumento adecuado para tales designaciones. ante de menores beneficiarios, durante la minoría de al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una					
Primer apellido Segundo apellido Nombre(s)	Parentesco Suma Asegurada Fecha de nacimiento					
	% día mes año					
2	<b>9</b> 1					
3	%					
4	%					
5	%					
6	%					
Beneficiarios contingentes	Corresponde al beneficiario número:					
Domicilio de los Beneficiarios (Calle, número, colonia, municipio, alca	<u> </u>					
domicilio del solicitante).						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
VII. Cobranza						
Se podrá convenir, de acuerdo con las políticas vigentes establecida mediante CLABE, cheque o tarjeta de débito o crédito o bien descue recibo de nómina donde aparezca el cargo de la Prima será prueba su	as por GNP, el cargo automático a cuenta bancaria, ento vía nómina en cuyo caso el estado de cuenta o uficiente del pago de la misma.					
Periodicidad de pago:	pago: 🗌 Nómina					
Advertencia						
	as actividades e ingresos, serán considerados					
Toda la información de la presente solicitud, en especial la información necesaria para la apreciación del riesgo y para la act la suma asegurada correspondiente.	eptación, en su caso, de la cobertura contratada y					
Se previene al Solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrat como los conozca o deba conocerlos en el momento de firmar inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se encu del riesgo, podría originar la pérdida de derechos del Asegurado cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos importante de la contrata del contrata de la contrata del contrata de la contrata del contrata de la contrata de la contrata de la contrata del contrata de la con	entre contenido en la solicitud para la apreciación o la entre contenido en la solicitud para la apreciación o del (los) Beneficiario(s) en su caso. En caso de ntes, 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.

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

## **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 qualquier momento en la página wayy gapa com my. Por lo anterior en mi carácter de titular Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página www.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 sería la formalización del contrato de seguro.

Firma del Solicitante	Firma del Contratante
Las exclusiones y limitaciones de este producto pueden se disponibles en la página de gnp.com.mx dentro de la sección llamando al (55) 5227 9000	

### Aceptación

Este documento solo 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

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 de la describar que la proporta de seguro de la producto de la decir productiva de las detenantes de constantes de la productiva de las detenantes de la productiva de la p 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 EN TREGA 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. Autorizo Sí 🗌 No 🗌

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.



**Grupo Nacional Provincial, S.A.B.**Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco C.P. 04200, México, Ciudad de México

# Solicitud de Seguro de Vida Individual

**Vida Total** 

Folio del Ejecutivo	Folio de Solid	citud No.		RFC Ejecutivo			
I. Datos del contratante							
Primer apellido	Segundo apelli	do	No	mbre(s	)		Fecha de nacimiento
letras año mes día		CURP (si cuer	ta con ella)				ıl nacer culino
Entidad Federativa y País de nacimie	nto Nacio	nalidad			Ocupació	n actual	
No. de identifcación fiscal y País emis (solo extranjeros)		de Serie del ( lectrónica Ava				Régimen	Fiscal
	¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en el último año? Sí 🔲 No 🗌 Definir cargo y dependencia:						
Domicilio Particular							
Calle					Núme	ro exterio	r Número interior
Código Postal Colonia					Munic	ipio o Alca	aldía
Ciudad o Población	Entid	lad Federativa			País		
Lada Teléfono particular Extensión	Teléfono n	nóvil	Correo e	electrón	ico		
Domicilio Fiscal (solo en caso de ser y facturas a nombre del Contratante, pregistrado ante la autoridad fiscal.  Calle	diferente al don or lo que en cas	nicilio particular so de requerir e	e). Este da stos docu	to será imentos	, es impor	para la em tante que	se declare el domicilio
Calle					Nume	ilo exterio	i Numero interior
Código Postal Colonia					Munic	ipio o Alca	aldía
Ciudad o Población	Entid	lad Federativa			País		
II. Datos de la institución retenedo	ra						
Nombre de la dependencia		N	ombre de	la subo	dependen	ıcia	
III. Datos del solicitante (en caso de	ser distinto al	contratante)					
Primer apellido	Segundo apelli	do	No	mbre(s)	)		Fecha de nacimiento día mes año
letras año mes día	homoclave	CURP (si cuen	ta con ella)			Sexo a ☐ Mas	I nacer culino
Entidad Federativa y País de nacimie	nto Nacio	nalidad			Ocupació	n actual	
No. de identifcación fiscal y País emis	 SOF (solo extranjero	Número Avanzao	de Serie la (si cuent	del Cer a con ella	tificado D	igital de la	a Firma Electrónica
¿El solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en el último año? Sí □ No □ Definir cargo y dependencia:							
Domicilio Particular							
Calle					Núme	ro exterio	r Número interior
Código Postal Colonia					Municipio o Alcaldía		
Ciudad o Población	Entida	d Federativa			País		
Lada Teléfono particular Extensión	Teléfono m	nóvil	Correo e	electrón	ico		

IV. Declaración de salud del solicitan	te					
¿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?						
Especifique cuál(es), fecha, duración y estado actual:						
ظ Ha fumado en los últimos 12 meses?	☐ Sí ☐ No					
V. Plan a contratar		C: ::: - A				
☐ Vida Total		Suma A \$	segurada			
Prima de seguro \$	Prima excedente \$			Prima total \$		
☐ Fallecimiento	BIT		☐ IMA	Ą	☐ ISE	
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						
VI. Beneficarios						
Advertencia: En caso que desee nombre como representante de los menores par las legislaciones civiles previenen la for cargos similares y no consideran a La designación que se hiciera de un medad de ellos, legalmente puede implica obligación moral, pues la designación incondicionado de disponer de la Suma	ra efecto de que, en s ma en que debe desig il contrato de segura ayor de edad como re ar que se nombra bene que se hace de ben	u represe gnarse tuto como epresenta eficiario al	ntación, cob ores, albacea instrumento nte de meno mavor de ec	re la indemnización as, representantes adecuado para res beneficiarios, o lad, quien en todo	n. Lo anterior, porque de herederos u otros tales designaciones. durante la minoría de caso sólo tendría una	
Primer apellido Segundo ape	ellido Nombre(	s)	Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento	
1				%	día mes año	
2	_			%		
3			<b>-</b>	%		
4			411	%		
5			ALI	%		
Domicilio completo (en caso que sea di	ferente al del solicitant	te)	Beneficiario	s contingentes		
1			1			
2			2			
3			3			
4			4			
5			5			
VII. Cobranza			Corgo o torio	to Corgo o tor	iota Dogguento	
Periodicidad de pago:   Mensual   A	nual Conducto de	pago: 🗌	Cargo a tarje de crédito	ta	jeta	
Cargo a tarjeta de crédito o débito	Tarieta Número			Fec	ha de mes año cimiento	
Banco Tarjeta Número vencimiento vencimiento Fecha de mes año Banco Tarjeta Número Opcional vencimiento 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 debito 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.						
Advertencia  Toda la información do la prosento solicitud en especial las actividades o ingresos serán considerados						
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 eséncial del riesgo en términos de ley.						
VIII. Cuenta CLABE Proporcione la siguiente información quenta CLABE	Proporcione la siguiente información que se utilizará si llega a solicitar retiros parciales.					

## **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 www.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, recono escon para cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para cumplido con monos para proporcionado de privacidad la proporcionado de la proporcionado de privacidad la proporcionado de proporcion 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

seria la formalización del contrato de seguro.	
Firma del Solicitante	Firma del Contratante
Las evaluaismes y limitaciones de este producte puede	on per consultados en los Condiciones Concretos del micr

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 (55) 5227 9000.

### Aceptación

Este documento solo 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

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.