

SOLICITUD DE EMISIÓN Y/O RENOVACIÓN

Póliza a renovar		Fecha		Clave del Agente		Folio		Firma del Agente	
Número		Versión		día mes año		Clave Única de Agente Contrato			
I. Datos del Contratante									
El Contratante es la persona física o moral que se considera el pagador de las primas del seguro									
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)		Código cliente	
Contratante <input type="checkbox"/> Mismo conductor		Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C.)				Clave Única de Registro de Población (CURP)*			
Fecha de nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado		Nacionalidad			
Correo electrónico (si cuenta con el)			Profesión u ocupación			Actividad o giro del negocio donde trabaja			
¿El Contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en el último año ?						Definir cargo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Domicilio									
Calle			Número exterior		Número interior		Colonia		Código Postal
Municipio o delegación			Ciudad o población			Entidad Federativa		País	
Lada Teléfono particular		Lada Teléfono móvil		Lada Teléfono oficina		Extensión			
Contratante (en caso de existir como persona moral)									
Razón social			Giro mercantil			Actividad u objeto social			
Código cliente		Fecha de constitución		día mes año		Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C.)			
Correo o página de Internet*									
Domicilio									
Calle			Número exterior		Número interior		Colonia		Código Postal
Municipio o delegación		Ciudad o población			Entidad Federativa		País	Lada Teléfono	
Datos del representante legal									
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)			
II. Datos conductor principal									
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)			
Código cliente		Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C.)				letras año mes día homoclave*		Fecha de nacimiento	
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado		Correo electrónico					
Profesión u ocupación							Lada Teléfono		
La compañía cobrará 5 puntos porcentuales adicionales al deducible estipulado en la Carátula de Póliza, cuando el incidente o el daño sea originado por un acto de vandalismo.									

III. Datos del vehículo			
Tipo del vehículo	Subramo	Uso del vehículo	El vehículo cuenta con factura de aseguradora por una Pérdida Total previa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marca (clave)	Submarca	Modelo	Placas
Descripción del vehículo		Pedimento de importación	
Número de motor		Número de serie	Registro Federal Vehicular/ Registro Público Vehicular
IV. Coberturas vehículos			
Paquete cobertura		<input type="checkbox"/> Amplia	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Gastos Médicos Ocupantes Responsabilidad Civil por Daños a Terceros Protección Legal		Limitada + Daños Materiales Pérdidas Totales + Daños Materiales Pérdidas Parciales y Cristales	
<input type="checkbox"/> Limitada Responsabilidad Civil + Robo Total		día mes año	Vigencia Inicio - Término
		día mes año	
Coberturas opcionales vehículos			
<input type="checkbox"/> Ayuda para Pérdidas Totales	<input type="checkbox"/> Protección Auxiliar	Suma Asegurada \$ _____	
<input type="checkbox"/> Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> Accidentes Automovilísticos al Conductor	Suma Asegurada \$ _____	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ocupantes	<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Fallecimiento	Suma Asegurada \$ _____	
<input type="checkbox"/> Daños por la Carga	<input type="checkbox"/> Extensión de cobertura de Responsabilidad Civil Daños a Terceros	<input type="checkbox"/> Cero Deducible en Daños Materiales Pérdida Total	
<input type="checkbox"/> Maniobras de Carga y Descarga	<input type="checkbox"/> Gastos Médicos al Conductor		
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ecológica	<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Viajero		
⁽¹⁾ Observaciones y/o especificaciones adjuntas a la Suma Asegurada que se declare, deberá soportarse por avalúo o factura de las adaptaciones, conversiones o equipo especial.			
V. Coberturas Motocicletas			
Paquete cobertura		<input type="checkbox"/> Amplia	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Responsabilidad Civil por Daños a Terceros + Protección Legal + Accidentes Automovilísticos al Conductor		Limitada + Daños Materiales Pérdida Total + Daños Materiales Pérdida Parcial + Gastos Médicos Ocupantes	
<input type="checkbox"/> Limitada Responsabilidad Civil + Robo Total		día mes año	Vigencia Inicio - Término
		día mes año	
Coberturas opcionales Motocicletas			
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Fallecimiento _____ <input type="checkbox"/> Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial* _____			
Descripción Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial			
*La suma asegurada que declare deberá soportarse por avalúo o factura de las Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial			
Formas de Indemnización			
<input type="checkbox"/> Valor Factura últimos modelos (aplica solo al presentar factura o carta factura del vehículo expedida a lo más 10 días naturales antes de la fecha en que iniciará la vigencia de la Póliza) _____	<input type="checkbox"/> Valor Convenido ⁽³⁾ _____	⁽²⁾ Para el seguro de Motocicletas únicamente aplica indemnización a Valor Comercial	
<input type="checkbox"/> Valor Comercial ⁽²⁾ _____	<input type="checkbox"/> Valor Convenido + 10 _____ ⁽⁴⁾	⁽³⁾ Aplica solo para residentes, blindados, fronterizos y legalizados	
	<input type="checkbox"/> Valor Convenido - 10 _____ ⁽⁵⁾	⁽⁴⁾ Aplica para residentes, fronterizos y legalizados	
	<input type="checkbox"/> Valor Declarado ⁽⁶⁾ _____	⁽⁵⁾ Aplica para residentes	
		⁽⁶⁾ Aplica aplica para autobuses, microbuses, minibuses y remolques	

Coberturas modificables

- Deducible Daños Materiales Pérdida Total _____ %
 Suma Asegurada Gastos _____
 Deducible Daños Materiales Pérdida Parcial _____ %
 Médicos Ocupantes _____
 Deducible Robo Total _____ %
 Accidentes Automovilísticos al Conductor _____
 Suma Asegurada Responsabilidad Civil por Daños a Terceros _____

Beneficiario Preferente**V. Cobranza**

- | | |
|---|---|
| Primas del seguro
Formas de pago
<input type="checkbox"/> Mensual ⁽⁷⁾ <input type="checkbox"/> Trimestral ⁽⁷⁾
<input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual
⁽⁷⁾ Solo aplica con domiciliación bancaria | Conductos de pago
<input type="checkbox"/> Domiciliación bancaria <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Cargo por única vez (CUT)
<input type="checkbox"/> Aceptación de cargo automático a tarjeta de crédito (CAT) |
|---|---|

En caso de haber elegido domiciliación bancaria o cargo a tarjeta de crédito como conducto de pago, llenar los siguientes datos del pagador.

Domiciliación bancaria

Banco	CLABE	Fecha de vencimiento	mes	año

Banco	Tarjeta de débito Número	Fecha de vencimiento	mes	año

Tarjeta de crédito Número	Código ID	Fecha de vencimiento	mes	año	Tipo de tarjeta
					<input type="checkbox"/> VISA/Master Card <input type="checkbox"/> American Express

Tarjeta de crédito opcional Número	Código ID	Fecha de vencimiento	mes	año	Tipo de tarjeta
					<input type="checkbox"/> VISA/Master Card <input type="checkbox"/> American Express

Tipo y Número de identificación oficial
 Instituto Nacional Electoral (INE) Número _____ Pasaporte Número _____

<input type="checkbox"/> Moneda Nacional	Importe del cargo	Importe del cargo con letra
<input type="checkbox"/> Dólares	\$	

Nombre del Agente	Clave del Agente
-------------------	------------------

Solicito y autorizo al Banco Nacional de México, S.A. o a cualquier otra Institución afiliada a Visa, Mastercard o American Express (en lo sucesivo "El Banco") para que con base en el contrato de apertura de crédito que tengo celebrado y respecto al cual se me expidió la tarjeta de crédito abajo citada, o en su caso el número de tarjeta que por reposición de la anterior por robo o extravío de la misma me haya asignado El Banco, se sirvan pagar por mi cuenta a Grupo Nacional Provincial S.A.B. (en lo sucesivo "GNP"), los cargos por los conceptos, periodicidad y montos que se detallan a continuación. GNP será responsable de cumplir con la calidad y entrega de los productos y servicios ofrecidos, liberando al Banco de cualquier reclamación que se generara por parte del tarjetahabiente. Estoy de acuerdo con que el número de Póliza puede cambiar anualmente por la administración de GNP.

Asimismo, acepto que los cargos subsecuentes pueden ser variables de acuerdo con el plan de seguro contratado.

Del mismo modo, estoy de acuerdo con que se utilice este mismo conducto de cobro en las próximas renovaciones así como en los ajustes en la prima que correspondan. Para evitar la cancelación de mi Póliza previo conocimiento acerca del incremento de las tarifas que realice GNP. **TODOS LOS CARGOS SERÁN REALIZADOS AL INICIO DE LA VIGENCIA DE CADA PERIODO, EN CASO DE SER DÍA INHÁBIL SE COBRARÁ EL DÍA HÁBIL INMEDIATO SIGUIENTE.**

Se realizarán un total de 3 intentos (1er., 3er. y 8vo. día a partir de inicio de vigencia). Si el Cliente maneja tarjeta opcional se realizarán 6 intentos, si el último no procede se suspenderá la labor de cobranza. Entiendo que me reservo el derecho de poder cancelar la Póliza u optar por otro conducto de pago, cuando así lo desee, previa notificación por escrito a GNP con un mínimo de 30 días de anticipación al inicio de la vigencia del recibo con próximo vencimiento.

Si por cualquier causa imputable al Asegurado la Institución Bancaria no reconoce el cargo que GNP pretende realizar a la tarjeta de crédito, correspondiente al cobro de la prima, el Asegurado y/o Contratante no quedará liberado del cumplimiento de su obligación de pago de la prima en términos de lo previsto en las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro y del Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro (Precepto legal disponible en gnp.com.mx), quedando GNP liberado de su obligación de cobro de la prima a través del canal que se establece en esta Solicitud de Seguro.

El tarjetahabiente podrá revocar el presente formato mediante un comunicado por escrito con treinta días naturales de anticipación que recibirá el Negocio Afiliado, el cual anotará la fecha de su recepción con la firma y nombre de quien recibe por el Negocio Afiliado. En este caso el Negocio Afiliado deberá informar al tarjetahabiente la fecha en que dejará de surtir efecto la presente carta de autorización. Por lo anterior, el estado de cuenta, recibo de nómina u otro documento en donde aparezca el cargo de la Prima será prueba suficiente del pago de la misma, hasta que en tanto la institución entregue el comprobante de pago correspondiente.

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.

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, Grupo Nacional Provincial, S.A.B. 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.

Inspección del Estado del Vehículo

La Compañía tendrá en todo momento, durante la vigencia de la Póliza, el derecho a solicitar información y fotografías del Vehículo Asegurado, así como inspeccionar y verificar la existencia y estado físico del Vehículo Asegurado a cualquier día y hora hábil por medio de plataformas digitales o personas debidamente autorizadas por la Compañía.

El Solicitante y/o el Contratante declara que le 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, Cláusulas Generales y/o Particulares las cuales conoce, entiende y acepta 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 de este producto pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro. Asimismo, tiene conocimiento de que las Condiciones Generales del Contrato de Seguro también se encuentran en la página gnp.com.mx, puede solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, 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.

Otorgo mi consentimiento para que la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro, me sea entregada a través de la vía digital.

Sí consiento

No consiento

Por lo anterior, autorizo a Grupo Nacional Provincial S.AB. (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_____.

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, Delegación Coyoacán, C.P. 04200, comunicarse al teléfono 55 5227 9000 opción 3 o al correo electrónico: 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, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, comuníquese a los teléfonos 55 5340-0999 desde la Ciudad de México o al 80 0999-8080 desde el Interior de la República, al correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o visite la página condusef.gob.mx.

Firma Solicitante o Contratante

Bajo protesta de decir verdad, declaro que el contenido de la presente solicitud es cierta y, bajo el principio de la buena fe, he (hemos) llenado el formato de mi (nuestro) puño y letra.

Firma del Agente

Bajo protesta de decir verdad, he entregado el Folleto de los Derechos Básicos, e informado al(los) Solicitante(s) de manera clara, amplia y detallada sobre el alcance real de las coberturas, las principales características del producto, la forma de conservarlo o darlo por terminado, su vigencia, los términos establecidos en el contrato, los salvamentos y su renovación. (Artículo 96 Ley Instituciones de Seguros y de Fianzas Precepto legal disponible en gnp.com.mx). Asimismo, declaro haber verificado la veracidad de los datos proporcionados y que se han incluido en este formato, siendo llenado de puño y letra por parte del(los) Solicitante(s) y Contratante.

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral, disponible en la página de internet gnp.com.mx o bien, llamando en el área metropolitana al teléfono 55 52279000.

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 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.

Firma del Contratante o Solicitante

En cumplimiento a la dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integra este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas, a partir del día __ de _____ de _____, con el número _____ / CONDUSEF- _____ - _____.

En caso de requerir información contáctanos: al 55 5227 9000
o visite gnp.com.mx

Complemento de la Solicitud de Seguro de Automóviles Flotillas

Fecha	Clave del agente	Firma del agente

Designación de Beneficiarios para la Cobertura de Accidentes Automovilísticos

Sección I. Datos del contratante

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente

Sección II. Beneficiarios

Nota importante: El Asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre. La designación de beneficiarios otorga el derecho de los beneficios del seguro, por lo que no son recomendables las designaciones para que una persona cobre la Suma Asegurada y la entregue a otros. **Advertencia:** Para el caso que el asegurado desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un menor 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 el 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: (Los beneficiarios secundarios aplicarán en caso de fallecimiento de los Beneficiarios Primarios):

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento	Parentesco	%	Beneficiarios
			día mes año 			Primarios Secundarios
						Primarios Secundarios
						Primarios Secundarios
						Primarios Secundarios

Este documento solo constituye una solicitud de seguro, por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma sea aceptada por la empresa de seguros, ni de que la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Firma del contratante

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Finanzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día ___ de _____ de _____, con el número _____