

Solicitud de Seguro Colectivo Línea Azul

Para facilitar los trámites de la solicitud escriba con letra de molde, no omita ningún dato, principalmente aquellos que se soliciten en negritas. En caso de que la empresa tenga más de dos filiales, deberá requisitarse la solicitud para cada una de ellas.

día mes año			Inicio de vigencia de la Póliza a las 12:00 Inicio - Término			día mes año			Folio	Firma del Solicitante	
I. Datos del Contratante									Razón/Denominación Social o Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) letras año mes día homoclave*		
R.F.C.											
Domicilio											
Calle				Número exterior		Número interior		Colonia		C.P.	
Delegación o Municipio			Ciudad o Población			Entidad Federativa			lada	Teléfono	
Tipo de identificación			Institución emisora			Folio de identificación					
II. Datos generales de la Póliza (esta sección es para uso exclusivo de la Compañía)											
Tipo de experiencia									Pool		
<input type="checkbox"/> Global sin selección <input type="checkbox"/> Global con selección <input type="checkbox"/> Propia											
Tipo de administración Prestación laboral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									En planes de experiencia global el tipo de administración es detallada		
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Detallada											
III. Tipo de planes a contratar											
Marque con una X el tipo de planes que desea contratar y anote el deducible, coaseguro y Suma Asegurada, así como la forma de pago											
Internacionales					Nacionales						
<input type="checkbox"/> Línea Azul VIP		<input type="checkbox"/> Línea Azul Internacional			<input type="checkbox"/> Premier 100		<input type="checkbox"/> Premier 200		<input type="checkbox"/> Premier 300		<input type="checkbox"/> Premier 400
<input type="checkbox"/> Novus		<input type="checkbox"/> Excelsis			<input type="checkbox"/> Novus		<input type="checkbox"/> Novus		<input type="checkbox"/> Tempus		<input type="checkbox"/> Omnia
		<input type="checkbox"/> Tempus					(Excepto Metropolitana)		<input type="checkbox"/> Omnia		<input type="checkbox"/> Decus
					<input type="checkbox"/> Excelsis		<input type="checkbox"/> Excelsis		<input type="checkbox"/> Omnia		<input type="checkbox"/> Decus
					<input type="checkbox"/> Tempus		<input type="checkbox"/> Tempus		<input type="checkbox"/> Decus		<input type="checkbox"/> Certum
					<input type="checkbox"/> Omnia		<input type="checkbox"/> Omnia		<input type="checkbox"/> Certum		
Suma Asegurada					Coaseguro						
Deducible											
Nacional En planes nacionales el Deducible es en salarios mínimos generales mensuales vigentes o moneda nacional.					Extranjero Sólo en planes internacionales el Deducible es en dólares.						
Cláusulas opcionales											
<input type="checkbox"/> Cláusula de Enfermedades catastróficas en el Extranjero (CECE)					<input type="checkbox"/> Cláusula de Aplicación de Beneficios (CAB)						
<input type="checkbox"/> Cláusula Familiar (CF)					<input type="checkbox"/> Cláusula de Membresía Médica Móvil (MM)						
<input type="checkbox"/> Cláusula de Emergencia Médica en el Extranjero (CEE)					<input type="checkbox"/> Cláusula de Conversión a Individual (CCI)						
Forma de pago											
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual											
Nota: Su Agente de Seguros le proporcionará la información de cada uno de los planes, tabuladores, Suma Asegurada, Deducible, Coaseguro, Copagos, Coberturas y Exclusiones; así como las diferentes regiones o estados donde aplican.											
IV. Datos relativos a la colectividad											
Número de miembros que forman la colectividad					Número total de miembros de la colectividad que se van a asegurar						
Número de Asegurados Principales					Número de Dependientes Económicos						

En caso de requerir información contáctenos: al 5227 9000 para la Ciudad de México, al 01 800 400 9000 lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx

Características del personal
 Sindicalizado Confianza Ambos Otro (especifique) _____

Actividades principales de la colectividad a asegurar
 Funcionarios Empleados Obreros Otro (especifique) _____

Giro de la colectividad _____ Contribución del Asegurado al pago de la prima Asegurados principales % _____
 Dependientes económicos % _____

V. Información general para la Aseguradora

Descripción de la posibilidad de catástrofe con relación a las actividades de la colectividad

¿Solicita esta póliza para cancelar algún contrato contra otra Aseguradora? Sí No

En caso de respuesta afirmativa, explicar las razones por las cuales se canceló el Contrato. Indicar el nombre de la otra Aseguradora y proporcionar la experiencia de los últimos 2 años

Motivo por el cual se pretende cambiar de Compañía Aseguradora

¿Con cuáles aseguradoras ha estado en los últimos dos años?

Experiencia de los últimos dos años

Vigencia	Prima	Monto de los siniestros	Asegurados totales	Compañía
<h1>Informativo</h1>				

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) (*Precepto(s) legal(es) disponible(s) 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?

Contratante
 1. Sí No

Esta solicitud deberá ir acompañada del listado de Asegurados que contenga la siguiente información: número de empleado, Apellido Paterno, Apellido Materno, Primer nombre, fecha de nacimiento, sexo, parentesco, así como los cuestionarios médicos en los casos en que resulten aplicables y en grupos con selección de riesgo y menores a 50 Asegurados, Acta Constitutiva.

Advertencias

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.

Aceptación

Autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de esta Solicitud y, a su vez, a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. para que proporcione a cualquier otra empresa del ramo, la información que se derive de esta Solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto que pueda evaluar cualquier otra propuesta de contratación de Seguro del ramo que le sea solicitada. Esta información puede ser requerida al momento de presentar este documento, en caso de fallecimiento o en cualquier momento en que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. lo considere oportuno.

El Solicitante Titular y/o Contratante declara que le fue entregado y 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, Periodos de Espera, 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(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx*). Las exclusiones y limitantes pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro y tiene(n) conocimiento que las Condiciones Generales del Contrato de Seguro también se encuentran en la página gnp.com.mx, puede(n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando al 5227 9000 desde la Ciudad de México o al 01 800 400 9000 desde el Interior de la República o mediante el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo el Contratante acepta su obligación de entregar los Certificados Individuales y las Condiciones Generales del Contrato de Seguro a cada Asegurado.

Datos Personales:

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

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

"Este documento sólo constituye una Solicitud de Seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la Solicitud."

Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con su Seguro, le sugerimos ponerse en contacto con la **Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)** de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., ubicada en Avenida Cerro de las Torres Número 395, Colonia Campestre Churubusco, Delegación Coyoacán, C.P. 04200; comunicarse a los teléfonos 5227 9000 desde la Ciudad de México o al 01 800 400 9000 desde el Interior de la República, o bien al correo electrónico: unidad.especializada@gnp.com.mx

Fecha en _____ el día _____ de _____ de _____

La fecha de recibido no implica la aceptación del riesgo.

Será una agravación esencial del riesgo, por lo que cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Cliente(s) o Beneficiario(s), en los términos del Art 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Cliente(s), Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista emitida en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o disposición Quincuagésima Sexta de la RESOLUCION por la que se

expiden las Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (*Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx*). En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Aseguradora tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Solicitante(s), Beneficiario(s) o Contratante deje de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

En caso de requerir información contáctenos: al 5227 9000 para la Ciudad de México, al 01 800 400 9000 lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx

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

Firma de conformidad del Contratante

“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 17 de marzo de 2017 con el número CGEN-S0043-0058-2017/CONDUSEF-G-00459-001.”

Datos del representante de la colectividad

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Correo electrónico		Puesto			
Tipo de Identificación		Institución emisora		Folio de la identificación	

Datos del agente

Nombre		Clave	Zona
--------	--	-------	------

El Agente que suscribe realizó una entrevista personal con el Contratante y la(s) persona(s) que solicita(n) el presente Seguro, con la finalidad de obtener los datos personales que fueron asentados en esta Solicitud. Asimismo, recabé copia simple de los documentos de identificación y los cotejé con los originales que tuve a la vista, en el caso de que éstos hayan sido requeridos, de acuerdo al monto de la prima del negocio.

Bajo protesta de decir verdad, he informado al(los) Solicitante(s), de manera amplia y detallada sobre el alcance real de la cobertura y la forma de conservarla o darla por terminada, así como de la veracidad de los datos proporcionados y que se han incluido en este formato (Artículo 96 Ley Instituciones de Seguros y de Fianzas) (*Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx*). Asimismo, me consta que el contenido de la misma fue llenado de puño y letra por parte del(los) Solicitante(s) y Contratante.

Firma del Contratante (para uso interno de la Compañía)

Firma Agente de Seguros