Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Avenida Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco
Código Postal 04200, Ciudad de México

Seguro de Automóviles Individual

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 (persona física)

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 ☐ Mismo conductor	Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C.) letras año mes día homoclave*	Clave Única de Registro de Población (CURP)*

Fecha de nacimiento día mes año	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Estado civil ☐ Soltero ☐ 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 en el último año? ☐ Sí ☐ No	Definir cargo

Domicilio

Calle	Número exterior	Número interior	Colonia	Código Postal

Municipio o delegación	Ciudad o población	Entidad Federativa	País

Teléfono particular	Teléfono móvil	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.) letras año mes día homoclave*

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 día mes año

Género ☐ Masculino ☐ Femenino	Estado civil ☐ Soltero ☐ Casado	Correo electrónico

Profesión u ocupación	Lada Teléfono

La compañía cobrará 5 puntos porcentuales adicionales al deducible estipulado en la Carátula de la Póliza, cuando el Asegurado sea responsable del incidente y éste se encuentre en Estado de Ebriedad o el daño sea originado por un acto de vandalismo. Solo para vehículos residentes y blindados.

*Si cuenta con ella

III. Datos del vehículo

Tipo del vehículo	Subramo	Uso del vehículo	El vehículo cuenta con factura de aseguradora por una Pérdida Total previa
		Particular	☐ Sí ☐ 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 para Automóviles y Pick ups

Paquete cobertura

☐ **Responsabilidad Civil**
Gastos Médicos Ocupantes
Responsabilidad Civil por Daños a Terceros
Extensión de Responsabilidad Civil
Protección Legal
Club GNP

☐ **Limitada**
Responsabilidad Civil + Robo Total

☐ **Amplia**
Limitada + Daños Materiales Pérdida Total + Daños Materiales Pérdida Parcial + Cristales

☐ **Premium**
Amplia + Daños Materiales de Llantas y/o Rines[a] + Cero Deducible en Pérdida Total[b] + Reposición de Llaves[c] + Auto Sustituto Plus + Robo Parcial Plus

☐ **Auto Elite**
Auto Sustituto + Daños Materiales de Llantas y/o Rines[a] + Cero Deducible en Pérdida Total[b] + Reposición de Llaves[c]

a) Anteriormente Llantas y Rines
b) Anteriormente Cero Deducible
c) Anteriormente Llaves de Repuesto

día mes año	Vigencia Inicio - Término	día mes año

Coberturas opcionales para Automóviles y Pick ups

	Suma Asegurada		Suma Asegurada
☐ Accidentes Automovilísticos al Conductor	$	☐ Ayuda para PérdidasTotales	$
☐ Responsabilidad Civil por Fallecimiento	$	☐ Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial[1]	$
☐ Garantía de Autos Financiados	$	☐ Robo Parcial	$
☐ Conductor Protegido	$	☐ Robo Parcial Plus	$
☐ Protección Auxiliar		☐ Auto Sustituto	
☐ Daños Materiales de Llantas y/o Rines		☐ Auto Sustituto Plus	
☐ Reposición de Llaves			
☐ Responsabilidad Civil Ocupantes			
☐ Siempre en Agencias			

[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

☐ **Responsabilidad Civil**
Responsabilidad Civil por Daños a Terceros +
Protección Legal +
Accidentes Automovilísticos al Conductor

☐ **Limitada**
Responsabilidad Civil + Robo Total

☐ **Amplia**
Limitada + Daños Materiales Pérdida Total +
Daños Materiales Pérdida Parcial +
Gastos Médicos Ocupantes + Asistencia vial para Motocicletas

día mes año	Vigencia Inicio - Término	día mes año

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

Coberturas opcionales Motocicletas

☐ Responsabilidad Civil Fallecimiento _____ ☐ Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial*_____
☐ Garantía de Autos Financiados _____

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

☐ 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) _____

☐ Valor Comercial (2)
☐ Valor Convenido(3)
☐ Valor Convenido + 10 (4)

(2) Para el seguro de Motocicletas únicamente aplica indemnización a Valor Comercial
(3) Aplica solo para residentes, blindados, fronterizos y legalizados
(4) Aplica para residentes, fronterizos y legalizados.

Coberturas modificables

☐ Deducible Daños Materiales Pérdida Total _____ %
☐ Deducible Daños Materiales Pérdida Parcial _____ %
☐ Deducible Robo Total _____ %
☐ Robo Parcial _____ %
☐ Robo Parcial Plus _____ %
☐ Suma Asegurada Responsabilidad Civil por Daños a Terceros _____

☐ Suma Asegurada Gastos Médicos Ocupantes _____
☐ Auto Sustituto Plus (10, 15, 20 ó 30 días) _____
☐ Auto Sustituto (10, 15, 20 ó 30 días) _____
☐ Accidentes Automovilísticos al Conductor _____
☐ Suma Asegurada Responsabilidad Civil Fallecimiento _____

Beneficiario Preferente

V. Cobranza

Primas del seguro
Formas de pago
☐ Mensual(5) ☐ Trimestral(5)
☐ Semestral ☐ Anual
(5)Solo aplica con domiciliación bancaria

Conductos de pago
☐ Domiciliación bancaria ☐ Agente ☐ Cargo por única vez (CUT)
☐ 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 ☐ VISA/Master Card ☐ American Express
Tarjeta de crédito opcional Número	Código ID	Fecha de vencimiento mes año	Tipo de tarjeta ☐ VISA/Master Card ☐ American Express

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

☐ Moneda Nacional ☐ Dólares	Importe del cargo $	Importe del cargo con letra
Nombre del Agente		Clave del Agente

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

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 para 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 30 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, Indisputabilidad, 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 mediate 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 52 27 9000 opción 4 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 53 40 0999 desde la Ciudad de México e 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 documentacion contractural y la nota técnica que integra este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día __ de _____ de _____, con el número _____ / CONDUSEF-_____-_____.