

SOLICITUD DE EMISIÓN Y/O RENOVACIÓN			N° de Solicitud		N° de Póliza		Código del Cliente								
Datos de la institución retenedora															
Nombre de la dependencia					Nombre de la subdependencia										
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		Registro Federal de			letras		año	mes	día	homoclave*	Clave Única de Registro de Población (CURP)*				
<input type="checkbox"/> Mismo conductor		Contribuyentes (R.F.C.)													
Fecha de nacimiento		día	mes	año	Género		Estado civil		Nacionalidad	No. de Identificación Fiscal					
					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado								
Correo electrónico (si cuenta con el)			Profesión u ocupación			Actividad o giro del negocio donde trabaja									
Régimen fiscal															
¿El Contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en el último año ?								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Definir cargo						
Domicilio															
Calle			Número exterior		Número interior	Colonia		Código Postal							
Municipio o alcaldía			Ciudad o población			Entidad Federativa		País							
Lada		Teléfono particular		Lada		Teléfono móvil		Lada	Extensión						
Contratante (en caso de existir como persona moral)															
Razón social			Régimen fiscal			Régimen capital									
Código cliente		Fecha de constitución		día	mes	año	Registro Federal de		letras	año	mes	día	homoclave*		
							Contribuyentes (R.F.C.)								
Correo o página de Internet*			Giro mercantil			Actividad u objeto social									
Domicilio fiscal															
Calle			Número exterior		Número interior	Colonia		Código Postal							
Municipio o alcaldía			Ciudad o población			Entidad Federativa		País							
Datos del representante legal															
Lada		Teléfono particular		Lada		Teléfono móvil		Lada	Extensión						
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)									
II. Datos conductor principal															
Apellido paterno			Apellido materno		Nombre(s)										
Código cliente		Registro Federal de			letras		año	mes	día	homoclave*	Fecha de nacimiento		día	mes	año
		Contribuyentes (R.F.C.)													
Género		Estado civil			Correo electrónico										
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado													
Profesión u ocupación								Lada		Teléfono					

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 y formas de indemnización			
Seleccionar el anexo correspondiente con base en el producto a contratar y selección la opción a utilizar:			
<input type="checkbox"/> Auto Más (Anexo A)			
V. Cobranza			
Formas de pago		Conductos de pago	
<input type="checkbox"/> Mensual ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> Contado	<input type="checkbox"/> Domiciliación bancaria	
<input type="checkbox"/> Semestral		<input type="checkbox"/> Aceptación de cargo automático a tarjeta de crédito (CAT)	
<input type="checkbox"/> Conforme a nómina ⁽²⁾		<input type="checkbox"/> Descuento por nómina ⁽²⁾	
<input type="checkbox"/> Trimestral ⁽¹⁾		<input type="checkbox"/> Intermediario / Agente	
<input type="checkbox"/> Anual		<input type="checkbox"/> Cargo por única vez (CUT)	
⁽¹⁾ Solo aplica con domiciliación bancaria.		⁽²⁾ Solo aplica para negocios que tengan convenio por descuento via nomina.	
En caso de haber elegido domiciliación bancaria o cargo a tarjeta de crédito como conducto de pago, llenar los siguientes datos del pagador.			
VI. 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	
<input type="checkbox"/> Moneda Nacional	Importe del cargo	Importe del cargo con letra	
<input type="checkbox"/> Dólares	\$		
Nombre del Agente			Clave del Agente
Datos bancarios			
<p>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 arriba 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.</p> <p>Asimismo, acepto que los cargos subsecuentes pueden ser variables de acuerdo con el plan de seguro contratado.</p>		<p>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.</p> <p>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.</p>	

Datos bancarios

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.

Advertencia

Toda la información de la presente solicitud, en especial las actividades e ingresos, serán considerados información necesaria para la apreciación del riesgo y para la aceptación, en su caso, de la Cobertura contratada y la Suma Asegurada correspondiente. Se previene al Solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos tal y como los conozca o deba conocerlos en el momento de firmar, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se encuentre contenido en la solicitud para la apreciación del riesgo, podría originar la pérdida de derechos del Asegurado o del (los) beneficiario(s) en su caso.

En caso de cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos importantes, Grupo Nacional Provincial, S.A.B. tiene la facultad de rescindir de pleno derecho el contrato celebrado y de abstenerse de realizar cualquier pago (Artículo 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 Vehicular

La compañía podrá verificar durante los primeros 30 días naturales a partir del inicio de vigencia, el estado en que se encuentra el vehículo asegurado, mediante el envío de una notificación vía correo electrónico y/o mensaje de texto al correo o teléfono del contratante y/o asegurado registrados al momento de la contratación a efecto de poder acceder a la liga correspondiente y realizar la carga de las fotografías del vehículo asegurado para que la Compañía pueda llevar a cabo el proceso de inspección. En caso de no recibir la notificación antes mencionada, el asegurado deberá ingresar, dentro del periodo antes señalado, a la página www.gnp.com.mx sección > Soy Cliente > Servicios > Inspección Vehicular a efecto de poder acceder a la liga correspondiente y realizar la carga de las fotografías del vehículo asegurado para que la Compañía pueda llevar a cabo el proceso de inspección.

Aceptación

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

Declarativa de actuación por cuenta propia.

Declaro bajo protesta de decir verdad que la contratación descrita en la presente Solicitud se realiza con recursos propios y unicamente en beneficio del Contratante descrito en este documento. Lo anterior de conformidad con el ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Seguros y Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

Firma Solicitante o Contratante

El solicitante y/o el contratante declara que le fué explicado por el agente, el contenido de las Condiciones Generales del Contrato del 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. Así mismo, 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.

Entrevista personal

Bajo protesta de decir verdad, he entregado el Formato 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 fracción I de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas precepto legal disponible en gnp.com.mx) Así mismo, declaro haber verificado la verdad de los datos proporcionados y que se han incluido en este momento, siendo llenado de puño y letra por parte del (los) solicitante (s) y contratante.

Firma del Agente

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.

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

Clave de agente / gerente

Clave del vendedor

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.A.B. (GNP), a realizar la entrega de la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro en formato PDF o cualquier otro formato electrónico equivalente, a la cuenta de correo electrónico _____

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.

Fechado en _____ el día _____ de _____ año _____

Firma del Contratante o Solicitante

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 29 de marzo de 2023, con el número de CNSF-S0043-0147-2023/CONDUSEF-001590-21 y 27 de marzo de 2023, con el número de CNSF-S0043-0140-2023/CONDUSEF-004611-08.

ANEXO A "AUTO MAS"

Tipo de procedencia			
<input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Fronterizo <input type="checkbox"/> Legalizado			
Coberturas para Automóviles y Pick ups (Auto Más)			
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Gastos Médicos Ocupantes Responsabilidad Civil por Daños a Terceros Extensión de Cobertura de Responsabilidad Civil por Daños a Tercero Protección Legal Club GNP		<input type="checkbox"/> Amplia Más Amplia + Auto Sustito	
<input type="checkbox"/> Limitada Responsabilidad Civil + Robo Total		<input type="checkbox"/> Premium Amplia + Ayuda para Llantas y Rines ^(a) + Paga Cero ^(b) + Llaves de Repuesto ^(c) + Auto Sustituto Plus + Robo Parcial Plus	
<input type="checkbox"/> Amplia Limitada+Daños Materiales Pérdida Total + Daños Materiales Pérdida Parcial + Cristales		<input type="checkbox"/> Auto Elite Auto Sustituto + Ayuda para Llantas y Rines ^(a) + Paga Cero ^(b) + Llaves de Repuesto ^(c)	
		día mes año Vigencia Inicio - Término	día mes año
Coberturas opcionales para Automóviles y Pick ups (Auto Más)			
		Suma Asegurada	Suma Asegurada
<input type="checkbox"/> Accidentes Automovilísticos al Conductor	\$ _____	<input type="checkbox"/> Ayuda para Pérdidas Totales	\$ _____
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Fallecimiento	\$ _____	<input type="checkbox"/> Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial ⁽¹⁾	\$ _____
<input type="checkbox"/> Garantía de Autos Financiados	\$ _____	<input type="checkbox"/> Robo Parcial	\$ _____
<input type="checkbox"/> Conductor Protegido	\$ _____	<input type="checkbox"/> Robo Parcial Plus	\$ _____
<input type="checkbox"/> Protección Auxiliar		<input type="checkbox"/> Auto Sustituto	
<input type="checkbox"/> Ayuda para Llantas y Rines ^(a)		<input type="checkbox"/> Auto Sustituto Plus	
<input type="checkbox"/> Paga Cero ^(b)		<input type="checkbox"/> Extensión de Cobertura de Responsabilidad Civil por Daños a Terceros	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ocupantes			
<input type="checkbox"/> Siempre en Agencia			
<input type="checkbox"/> Llaves de Respuesto ^(c)			
<small>(1) Observaciones y/o especificaciones adjuntas a la Suma Asegurada que se declare, deberá soportarse por avalúo o factura de las Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial.</small>			
Formas de Indemnización			
<input type="checkbox"/> Valor Factura ⁽¹⁾		<input type="checkbox"/> Valor Convenido - 10 ⁽⁴⁾	
<input type="checkbox"/> Valor Comercial	_____	<input type="checkbox"/> Valor Declarado ⁽⁵⁾	_____
<input type="checkbox"/> Valor Convenido ⁽²⁾	_____		
<input type="checkbox"/> Valor Convenido + 10 ⁽³⁾	_____		
<input type="checkbox"/> Valor Comercial + 10 ⁽³⁾	_____		
<small>(1) Aplica solo al presentar factura o carta factura del vehículo expedida a lo más 30 días naturales antes de la fecha en que iniciará la vigencia de la póliza. (2) Aplica solo para residentes, blindados, fronterizos y legalizados (3) Aplica para residentes, fronterizos y legalizados (4) Aplica solo para flotillas residentes (5) Aplica solo para autobuses, microbuses, minibuses y remolques</small>			
Coberturas modificables			
<input type="checkbox"/> Deducible Daños Materiales Pérdida Total _____ %		<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Gastos Médicos Ocupantes	
<input type="checkbox"/> Deducible Daños Materiales Pérdida Parcial _____ %		<input type="checkbox"/> Auto Sustituto Plus (10, 15, 20 ó 30 días) _____	
<input type="checkbox"/> Deducible Robo Total _____ %		<input type="checkbox"/> Auto Sustituto (10, 15, 20 ó 30 días) _____	
<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Robo Parcial \$ _____		<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Accidentes Automovilísticos al Conductor _____	
<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Robo Parcial Plus \$ _____		<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Responsabilidad Civil por Fallecimiento _____	
<input type="checkbox"/> Deducible Robo Parcial _____ %			
<input type="checkbox"/> Deducible Robo Parcial Plus _____ %			
<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Responsabilidad Civil por Daños a Terceros _____			
Coberturas Motocicletas			
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Responsabilidad Civil por Daños a Terceros Protección Legal Asistencia Vial Motocicletas Accidentes Automovilísticos al Conductor		<input type="checkbox"/> Amplia Limitada + Daños Materiales Pérdida Total + Daños Materiales Pérdida Parcial + Gastos Médicos Ocupantes	
<input type="checkbox"/> Limitada Responsabilidad Civil + Robo total		<input type="checkbox"/> Premium Amplia + Conductor Protegido + Paga Cero ^(b) + Llaves de Respuesto ^(c) + Extensión de Responsabilidad Civil por Daños a Terceros	
		día mes año Vigencia Inicio - Término	día mes año

ANEXO A "AUTO MAS"

Coberturas opcionales Motocicletas

- Responsabilidad Civil Fallecimiento _____
 Garantía de Autos Financiados _____
 Adaptaciones, Conversiones y _____
 Equipo Especial*
 Llaves de Repuesto^(c)
 Conductor Protegido
- Paga Cero^(b)
 Extensión de Cobertura por Responsabilidad Civil por Daños a Terceros

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⁽¹⁾ _____
 Valor Comercial _____
 Valor Convenido⁽²⁾ _____
 Valor Convenido + 10⁽³⁾ _____
 Valor Comercial + 10⁽³⁾ _____
- Valor Convenido - 10⁽⁴⁾ _____
 Valor Declarado⁽⁵⁾ _____
- (1) Aplica solo al presentar factura o carta factura del vehículo expedida a lo más 30 días naturales antes de la fecha en que iniciará la vigencia de la póliza.
 (2) Aplica solo para residentes, blindados, fronterizos y legalizados
 (3) Aplica para residentes, fronterizos y legalizados
 (4) Aplica solo para flotillas residentes
 (5) Aplica solo para autobuses, microbuses, minibuses y remolques

Coberturas modificables

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

Beneficiario Preferente

Las coberturas también se pueden referir como:

- a) Daños Materiales de Llantas y/o Rines
 b) Cero Deducible en Pérdida Total
 c) Reposición de Llaves



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

Seguro de Automóviles

Fecha	día	mes	año	Gerente comercial	Folio del ejecutivo N°	RFC del ejecutivo	Folio de solicitud N°
Institución retenedora							
Dependencia				Subdependencia			
Datos del empleado							
Nombre				Clave del empleado		Importe quincenal a retener	

Informativo

Autorizo a la Institución indicada en este formato para que retenga de mis prestaciones el importe total señalado.
Queda entendido:

1. Que la Institución retendora se reserva de no autorizar la retención solicitada por el empleado, por las razones que se consideren pertinentes.
2. Que la retención de nómina se suspenderá en los casos siguientes:
 - a) Cuando por desición del empleado se cancele, por escrito y con 30 días de anticipación a la siguiente retención el seguro contratado a Grupo Nacional Provincial S.A.B.
 - b) A la terminación de la relación laboral con la institución retendora, en cuyo caso, el pago de primas será manejado entre Gupo Nacional Provincial S.A.B. y el suscrito.

Firma del Empleado
www.gnp.com.mx