

Solicitud de Seguro de Vida Individual

Folio del Ejecutivo		Folio de Solicitud No.		RFC Ejecutivo	
I. Datos del contratante					
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre(s)	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)
CURP (si cuenta con ella)				Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nacionalidad y país de nacimiento (si es distinto a mexicana o México)			Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada (si cuenta con ella)		
¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Definir cargo y dependencia:					
Domicilio Calle				Número exterior	Número interior
Código Postal		País	Entidad Federativa		Municipio o Delegación
Colonia					
Lada	Teléfono particular	Extensión	Correo electrónico		
Teléfono móvil		Profesión u ocupación			
II. Datos de la institución retenedora					
Nombre de la dependencia			Nombre de la subdependencia		
III. Datos del solicitante (en caso de ser distinto al contratante)					
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre(s)	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				Nacionalidad y país de nacimiento (si es distinto a mexicana o México)	
¿El solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Definir cargo y dependencia:					
Domicilio Calle				Número exterior	Número interior
Código Postal		País	Entidad Federativa		Municipio o Delegación
Colonia					
Lada	Teléfono particular	Extensión	Correo electrónico		
Teléfono móvil		Profesión u ocupación			
IV. Declaración de salud del solicitante					
¿El solicitante padece o ha padecido alguna enfermedad hepática, mental, pulmonar, renal, neurológica, cardiovascular, epilepsia, esclerosis múltiple, fiebre reumática, SIDA, VIH, cáncer, tumores, leucemia, lupus, alcoholismo o drogadicción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique cuál(es), fecha, duración y estado actual.					
¿Ha padecido o padece hipertensión arterial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique fecha, duración y estado actual.					
¿Ha padecido o padece diabetes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique fecha, duración y estado actual.					
¿Ha fumado en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Ha padecido o padece alguna otra enfermedad degenerativa no mencionada anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
En caso de respuesta afirmativa, especifique cual(es), fecha, duración y estado actual:					
V. Declaración Ocupacional					
¿El solicitante desempeña alguna profesión, ocupación, deporte o afición indicada en el Anexo 1 "Profesiones ocupaciones deportes y Aficiones"? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Especifique cuál(es)					

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

VI. Plan a contratar						
	Prima de seguro	Prima excedente	Prima Total	Suma Asegurada		
<input type="checkbox"/> Vida Total						
<input type="checkbox"/> Temporal de Ahorro						
Beneficios adicionales	<input type="checkbox"/> ISE	<input type="checkbox"/> BIT	<input type="checkbox"/> IMA	<input type="checkbox"/> DIBA		
<input type="checkbox"/> BIT Prima excedente	<input type="checkbox"/> BITGFH	<input type="checkbox"/> GFH	<input type="checkbox"/> BITGFC	<input type="checkbox"/> GFC		
VII. Cuenta CLABE						
Proporcione la siguiente información que se utilizará si llega a solicitar retiros parciales.						
Cuenta CLABE _____						
VIII. Beneficiarios						
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	Segundo apellido	Nombre(s)	Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento	
1				%	día mes año	
2				%		
3				%		
4				%		
5				%		
6				%		
Domicilio completo (en caso que sea diferente al del Asegurado)			Beneficiario(s) contingente(s) en caso de Falecimiento del Beneficiario(s) principal(es)			
1			1			
2			2			
3			3			
4			4			
5			5			
6			6			
IX. Cobranza						
Periodicidad de pago:			Conducto de pago :			
<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Cargo a tarjeta de crédito	<input type="checkbox"/> Cargo a tarjeta de débito	<input type="checkbox"/> Descuento vía nómina
Cargo a tarjeta de crédito o débito			Fecha de mes año			
Banco _____	Tarjeta Número _____		vencimiento _____			
Banco _____	Tarjeta Número Opcional _____		Fecha de mes año			
			vencimiento _____			
Solicito y autorizo a la institución financiera o bancaria que corresponda para que, en caso de que GNP decida aceptar el riesgo detallado en esta solicitud, la Institución financiera o bancaria, 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. Todos los cargos serán realizados al inicio de la vigencia de cada periodo, en caso de ser día inhábil se cobrará el día hábil siguiente.						
El Solicitante y/o Contratante no quedará liberado del cumplimiento de su obligación de pago de la prima en términos de lo previsto en el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro (Precepto legal disponible en gnp.com.mx), quedando GNP liberado de cualquier responsabilidad por la cancelación correspondiente. Cuando la transacción sea con cargo a tarjeta de débito o crédito, cuenta bancaria, o mediante transferencia o depósito bancario, el estado de cuenta, recibo, comprobante, folio o número de confirmación de la transacción que corresponda hará prueba plena del pago hasta en tanto GNP entregue el comprobante de pago correspondiente.						
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, Delegación Coyoacán, C.P. 04200, comunicarse al teléfono (55) 5227 9000 a nivel nacional o al correo electrónico: unidad.especializada@gnp.com.mx						

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

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) Preceptos legales disponibles 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?

Solicitante Sí No En caso de respuesta afirmativa especificar respuesta
 Contratante Sí No _____

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 Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de 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 el 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) Contratante(s), Asegurado(s) o 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 RESOLUCIÓN por la que se expiden las Disposiciones de carácter general a la 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.

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:

Solicitante Sí No Consiento y autorizo dicho tratamiento Contratante 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.

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 a nivel nacional.

Aceptación

Este documento sólo 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 solicitados.

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.				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.

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

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, 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.

Anexo 1: Profesiones y ocupaciones

"Doble"	Fabricación de lámina	Mensajero en motocicleta
Acróbata	Fabricación de pinturas y/o pintor	Meseras
Agiotista	Fabricación y/o manejo de insecticidas	Militar
Albañil	Fabricador de hielo	Mineros (Manejo de explosivos y/o mayor o igual a 3 días a la semana en mina)
Alfarero	Fabricador de vidrio o colocador	
Apostadores	Ferrocarrilero	
Aserrador	Fumigador	Mineros (Sin manejo de explosivos y hasta 2 días a la semana en mina)
Astillero	Funcionario público	
Automovilista Profesional	Fundidor	Ministerio público
Aviación (empleado en talleres y pilotos)	Ganadero	Ministro
Aviación (empleados en aeropuertos)	Gobernador	Motociclista Profesional
Azafata	Guardaespaldas	Mudanzas
Bailarines	Guardia forestal	Obreros de plásticos
Barquero (embarcación en aguas tranquilas o poco profundas)	Guía de turista en montaña o pesca	Panadero
	Herrero	Peluquero
Bombero	Hojalatero	Petróleo (Trabajador en planta)
Calderero (Refinería de petróleo)	Hulero	Policías
Camarógrafo	Inmersiones submarina (hasta 40 metros)	Procurador
Carcelero	Inmersiones submarina (más de 40 metros)	Pulidor de metales
Cargador	Instalación y/o mantenimiento de antenas	Químico
Carnicero	Introducción y/o venta de pulque	Radiología
Carpintero	Jockey	Reparador/Instalador de elevadores
Chef o Cocinero	Lanchero turístico	Repartidor en motocicleta
Chofer	Leñador	Sacerdote
Chofer (Vehículos blindados. Traslado de valores)	Limpiador de cristales y/o chimenea	Salvavidas
	Linotipista	Soldador
Circo	Magistrados	Soplador de vidrio
Cobrador	Majeno y/ o contacto de sustancias alcalinas	Tauromaquia
Colocación y/o mantenimiento de anuncios		Manejo de abrasivos
Comerciante	Manejo de asbesto	Trabajador en cantera
Coreógrafo	Manejo de asfalto	Trabajador en plataformas
Cortador de caña Curtidores	Manejo o contacto con ácidos	Trabajo en hipódromo
Detective	Manejo o contacto con explosivos	Trabajo en la construcción
Diputado	Manejo y/o contacto con alcohol	Trabajo en metalurgia
Ebanista	Manejo y/o contacto con amoníaco	Utilización o contacto con arsénico
Electricista	Marina (navegación)	Vaquero
Estudiante	Masajista	Veladores
Fabricación de cemento/y eso Fabricación de ladrillo	Matadero de ganado	Venta o instalación de aire
		Acondicionado
		Vulcanizador

Anexo 1: Aficiones / Deportes

Alpinismo	Ciclismo	Levantamiento de pesas	Rafting
Artes marciales	Colombofilia	Lucha	Rapel
Automovilismo	Equitación	Motociclismo	Rodeo
Béisbol	Espeleología	Motociclismo (corredor)	Rugby
Bobsleigh o Bobsled	Esquí acuático	Motonáutica	Surf
Box	Esquí en nieve	Paracaidismo	Velero
Bumgee Jump	Físico-culturismo	Patinaje	Viet-Vo-Dao
Cacería	Gimnasia Olímpica	Polo	Wake-Board
Charrería	Halterofilia	Práctica de canoa	

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

Declaro bajo protesta de decir verdad que la contratación descrita en la presente Solicitud se realiza con recursos propios, de origen lícito y únicamente en beneficio del Contratante y del(los) Solicitante(s) descrito(s) en este documento. Lo anterior, de conformidad con la resolución por la que se expiden las Disposiciones de carácter general en materia de Prevención de Lavado de Dinero y de conformidad con las Políticas en materia de Identificación y Conocimiento del Cliente, emitidas para tal efecto por GNP.

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 Limitantes de este producto 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 a nivel nacional 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

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, validó la identificación oficial exhibida por éste.

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 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 _____ /CONDUSEF _____.

Informativo

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