

<b>Solicitud de Seguro de Vida</b>					<b>Participación de Utilidades</b>	
Llene con letra de molde					<input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Sin	
<b>Esta Solicitud es</b>						
<input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación			Número de Póliza _____		Código del producto _____	
<b>I. Datos del Contratante</b>						
Código del Cliente		R.F.C		Razón Social		
Régimen Fiscal del Contratante						
<input type="checkbox"/> Persona Moral <input type="checkbox"/> Persona Física con actividad empresarial <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____						
Domicilio (calle y número)					Colonia	
Municipio o Delegación		Población o Estado		C.P	Correo electrónico	
Domicilio Principal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Teléfono (1) <small>(con lada)</small>		Teléfono (2) <small>(con lada)</small>		Entidad federativa de nacimiento <small>(personas físicas)</small>		No. de identificación fiscal extranjeros <small>(opcional personas físicas / obligatorio persona moral)</small>
Domicilio de residencia en el Extranjero <small>(en caso de que aplique)</small>						
<b>II. Datos generales de la Póliza</b>						
Moneda			Día / Mes / Año		Inicio de vigencia de la Póliza	
Moneda Nacional					Inicio-Termino	
<b>III. Datos de Cobro</b>						
Forma de Pago				Canal de Cobro		
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Única				<input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Otro (especifica) _____		
Número de Carátula (en caso de que aplique)			Nivel de Emisión de recibo			
<input type="checkbox"/> Razón Social <input type="checkbox"/> Subgrupo <input type="checkbox"/> Asegurado						
Datos de quien paga las primas						
<input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Contratante <input type="checkbox"/> Prestación laboral <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro (especificar los siguientes datos, en caso contrario ir a la sección IV)						
Código del Cliente		Tipo de Identificación		Número de Identificación		Correo electrónico
		<input type="checkbox"/> RFC <input type="checkbox"/> INE <input type="checkbox"/> CURP				
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)/Razón Social		
Domicilio (calle y número)					Colonia	
Municipio o Delegación		Población y/o Estado		C.P	Teléfono <small>(con lada)</small>	
Domicilio Principal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
<b>IV. Datos de Riesgo Asegurable</b>						
Giro del negocio						
Actividades principales del Grupo o Colectividad, incluyendo lugar habitual de labores, uso de herramientas, maquinarias, materiales						
Relación Contratante - Asegurados						
<input type="checkbox"/> Patrón - Empleados <input type="checkbox"/> Empresa - Cliente <input type="checkbox"/> Asociación - Asociado						
Aplicación de la participación de utilidades en caso de haber seleccionado esta opción (de no seleccionarse, se tomará la opción de aplicación al pago de la prima)						
<input type="checkbox"/> Aplicarla al pago de la prima <input type="checkbox"/> Dejarla en depósito <input type="checkbox"/> Cobrarla en Efectivo <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____						
Número de personas que conforman el total del grupo			Edad Promedio		Son asegurables	
Hombre _____ Mujer _____ Total _____					Hombre _____ Mujer _____ Total _____	
Características del grupo Asegurable						
<input type="checkbox"/> Empleados <input type="checkbox"/> Sindicatos <input type="checkbox"/> Unión o agrupación de Trabajadores <input type="checkbox"/> Obreros <input type="checkbox"/> Asociación Civil						
<input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____						

Descripción de la posibilidad de evento Catastrófico con relación a las actividades del Grupo Asegurable

V. Descripción de Coberturas (Especificar en caso de haber varias)

Cobertura (s)	Suma Asegurada o regla para determinarla

Contribución del Asegurado al pago de la Prima:

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  
 Si  No

Este documento deberá ir acompañada del listado de Asegurados que contenga la siguiente información: número del 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 Acta Constitutiva.

**En caso de querer incluir a personas incapacitadas, se deberá anexar una relación que incluya edad, nombre y causa de la incapacidad.**

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 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.

Las exclusiones y limitantes de este producto pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del mismo, disponibles en la página gnp.com.mx dentro de la sección de Vida Grupo o bien, llamando al 55 5227 9000 a nivel nacional.

**"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."**

El Solicitante y/o Contratante declara(n) que le(s) fue explicado el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que se refiere a sus derechos básicos, a 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 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 (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. Asimismo el Contratante acepta su obligación de entregar los Certificados Individuales y las Condiciones Generales del Contrato de Seguro a cada Asegurado.

**Datos Personales**

Grupo Nacional Provincial, S.A.B., con domicilio en Avenida Cerro de las Torres No. 395, Colonia Campestre Churubusco, Código Postal 04200, Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México, tratará sus datos personales para evaluar su solicitud de seguro y en caso de ser aceptada brindarle los servicios relacionados con su contrato. Puede consultar la versión integral del Aviso de Privacidad en [www.gnp.com.mx](http://www.gnp.com.mx) o en el teléfono (55) 52279000 a nivel nacional.

Reconozco que se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial S. A. B. (en adelante GNP), mismo que contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles y aceptó su tratamiento por parte de GNP. Asimismo se me informó que puedo consultar dicho aviso y sus actualizaciones en cualquier momento en la página [www.gnp.com.mx](http://www.gnp.com.mx) o en el teléfono (55) 52279000 a nivel nacional. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento, así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad para su consulta.

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante

**UNE y CODUSEF**

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 395, Colonia Campestre Churubusco, Delegación Coyoacán, C.P.04200, comunicarse al 55 5227 9000 a nivel nacional, o bien al correo electrónico: [unidad.especializada@gnp.com.mx](mailto: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 No. 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, comuníquese a los teléfonos 55 5340 0999 a nivel nacional, o al correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx).

Para conocer el domicilio de la oficina más cercana a su ubicación, los horarios de atención y el tipo de operaciones que podrá realizar en cada una de ellas consulte la página de internet [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx) o llame al 55 5227 9000 a nivel nacional.

Será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley. Por lo anterior, cesarean de pleno derecho las obligaciones de GNP, si el(los) Contratante(s), Asegurado(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 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 Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o disposición Septuagésima Séptima del ACUERDO por el que se

emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros-Precepto(s) legal(s) disponible(s) en [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx)

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que GNP tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

GNP 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.

**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 Contratante

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

