

Solicitud de Seguro de Vida Individual

I. Datos del Contratante							
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre(s)			
RFC	letras	año	mes	día	Homoclave ¹	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 de Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada ¹			
¿El Contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en los últimos cuatro años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 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 y ocupación			
II. Datos del Solicitante (en caso de ser distinto al contratante)							
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre(s)			
RFC	letras	año	mes	día	Homoclave ¹	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Nacionalidad y país de nacimiento
¿El Solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en los últimos cuatro años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 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 y ocupación			
III. Declaración de salud del Solicitante							
¿El Solicitante padece o ha padecido alguna enfermedad hepática, mental, pulmonar, renal, neurológica, cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes, epilepsia, esclerosis múltiple, fiebre reumática, enfermedades de transmisión sexual, cáncer, tumores, leucemia, lupus, alcoholismo o drogadicción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Ha fumado en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Especifique cual(es), fecha, duración y estado actual.							
IV. Cobertura (Básica y adicionales)							
<input type="checkbox"/> Temporal a un año				Suma Asegurada:			
<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental				Suma Asegurada:			
<input type="checkbox"/> Doble Indemnización por Muerte Accidental y Pérdida de Miembros				Suma Asegurada:			
<input type="checkbox"/> Invalidez sin espera				Suma Asegurada:			

¹Si cuenta con ella

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

V. Beneficiarios						
Advertencia: En caso que se 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 deben designarse los 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 nombre 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 derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.		
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)	Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de Nacimiento día mes año	
1				%		
2				%		
3				%		
4				%		
5				%		
Beneficiarios Contingentes			Corresponde al beneficiario número:			
1						
2						
3						
4						
5						
VI. Cobranza						
Periodicidad del pago: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual						
Conducto de Pago: <input type="checkbox"/> Cargo a tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> Cargo a tarjeta de débito <input type="checkbox"/> Pago referenciado						
Cargo a tarjeta de crédito o débito						
Banco _____					Mes	Año
Tarjeta Número			Fecha de Vencimiento			
Banco _____					Mes	Año
Tarjeta opcional			Fecha de Vencimiento			
Solicito y autorizo a la institución financiera o bancaria que corresponda, para que realice a mi nombre el pago por los conceptos, periodicidad y montos que se detallan, con cargos a mi tarjeta de débito y 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.						
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?				el Gobierno Mexicano; o si el nombre de(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 legal disponible en gnp.com.mx		
Solicitante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				En su caso, las obligaciones del Contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Solicitante(s), Beneficiario(s) o Contratante deje de encontrarse en las listas antes mencionadas.		
Será una agravación esencial al 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 o 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 y federal, o legalmente reconocida por				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.		
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 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 cual 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 encuentra 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 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 legal disponible en gnp.com.mx En caso de que el futuro el(los) Solicitante(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como agravación esencial del riesgo en términos de la ley.		

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 al Usuario (UNE) de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., ubicada en Av. Cerro de las Torres No. 395, Colonia Campestre Churubusco, 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

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 actualizaciones en la página gnp.com.mx. Por lo anterior:

Sí No

Solicitante Consiento y autorizo dicho tratamiento.

Contratante Consiento y autorizo dicho tratamiento.

En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, 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 5227 9000 desde la Ciudad de México o al 01 800 400 9000 desde el Interior de la República.

Aceptación

Este documento sólo constituye una Solicitud de Seguro, por tanto no representa garantía alguna de que la misma será admitida por la institución de seguros, ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerda totalmente con los términos de la solicitud.

Enterado de los 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 haya 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 la Compañía los datos mencionados. Asimismo 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, GNP proporcione a 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 mi 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 la Compañía 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 la Compañía considere necesarios, forman parte de la misma.

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 Lavado de Dinero y de conformidad con las Políticas en materia de Identificación y Conocimiento del Cliente, emitidas para tal efecto por la Compañía.

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 integral 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 de gnp.com.mx, puede 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."

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 Cobertura y la forma de conservarla o darla por terminada, así como la veracidad de los datos proporcionados y que se ha 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 de(los) Solicitante(s) y Contratante.

Firma del Agente

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones y de Fianzas, la documentación contractual 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 ___ del ____, con el número _____/CONDUSEF.

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