

Solicitud de Seguro Básico Estandarizado de Vida Individual

Para facilitar los trámites de esta solicitud le pedimos que sea llenada con letra de molde y tinta. No será atendida su propuesta de aseguramiento si presenta tachaduras, enmendaduras o falta alguno de los datos solicitados.

De interés para el Solicitante (debe leerlo antes de firmar)

De acuerdo a la Ley sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo, darán lugar a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos a los beneficiarios.

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

DATOS DEL SOLICITANTE
Nombre completo del Solicitante

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
-----------	------------------	------------------

Fecha de Nacimiento

Día	Mes	Año

Sexo
Edad
Estado Civil
Nacionalidad
Ciudad y Estado de Nacimiento

--	--	--	--	--	--

En caso de ser mujer: ¿Está embarazada? Si () No ()

Datos laborales

Nombre de la Empresa donde trabaja	RFC con homoclave	CURP
Profesión u Ocupación Principal	Nombre de su puesto y en qué consisten sus labores	Giro de la Empresa
Domicilio del lugar de trabajo		
Alguna otra ocupación	Describe en que consisten sus labores	Empresa en que desempeña sus labores

Informativo

Domicilio Particular

Calle y Número Exterior	Número Interior	Colonia	Ciudad o Población
Municipio o Delegación	Estado	C.P.	Teléfono Particular
			Teléfono Oficina
			Correo Electrónico

DATOS DEL CONTRATANTE (en caso de ser diferente al Solicitante)
Nombre completo del Contratante

Nombre y/o Razón Social:	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Relación con el solicitante:			

RFC con Homoclave	CURP	Nacionalidad	Sexo	Correo Electrónico	Teléfono Particular
-------------------	------	--------------	------	--------------------	---------------------

Domicilio Particular

Calle y Número Exterior	Número Interior	Colonia
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Estado
		Código Postal

DATOS DEL PLAN

Nombre del Plan	Suma Asegurada (Moneda Nacional): Elegir sólo una opción			Forma de pago
Temporal a 5 años Renovable	100,000 ()	200,000 ()	300,000 ()	ANUAL

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Advertencias: En el caso de que se desee nombrar 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 el 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.

Nom bre(s) del(os) Beneficiario(s)	Parentesco (para efectos de identificación)	Participación % de la Suma Asegurada

OTROS SEGUROS DE VIDA (Esta información no faculta a la Institución para rescindir el contrato de seguro)

¿Está solicitando o ha solicitado un seguro de vida en otra(s) compañía(s) o más que sean voluntarios? Si () No ()

Seguros expedidos (en vigor o cancelados)

Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado Actual

Cuestionario Médico

Peso _____ kg Talla _____ cm

Fuma

¿Padece o ha padecido algunas de las siguientes enfermedades?

1. *Diabetes*

2. *Enfisema pulmonar, bronquitis crónica o asma*

3. *Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus*

4. *Cirrosis hepática, hepatitis "C" o insuficiencia hepática*

5. *Enfermedades cardíacas, infarto, isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón*

6. *Insuficiencia renal o pancreatitis*

7. *Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral*

8. *VIH, SIDA o seropositivo al VIH*

Si No

Si No

Si No

Si No

Si No

Si No

Si No

Si No

Si No

En caso de responder afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, especifique:

AUTORIZACIÓN

De interés para el Solicitante (debe leerlo antes de firmar)

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a (nombre compañía de seguros), aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que (nombre compañía de seguros), lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a (nombre compañía de seguros) la información de su conocimiento y que a su vez (nombre compañía de seguros) proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

Lugar y Fecha	
Firma del Contratante	Firma del Solicitante

PARA ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA

Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas: El alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, el tipo de autorización, número y vigencia de la cédula que me fue otorgada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; mi domicilio; y que carezco de facultades para representar a la Compañía de Seguros para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Nombre completo del (los) Agente(s)	Porcentaje	Clave
Nombre completo del Promotor	Porcentaje	Clave

Nombre del Agente	Clave No.	Oficina de envío	No. Promotoría	Participación	Firma del Agente

¿Le consta que el cliente lleno y firmó esta solicitud Si () No ()

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 a los teléfonos 52279000 desde la Ciudad de México o al 018004009000 desde el interior de la República, o al correo electrónico: unidades@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 530999 desde la Ciudad de México o al 018009998080 desde el Interior de la República, al correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx; o visite la página consudeseef.gob.mx

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el producto de seguros denominado _____ quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día ___ de _____ de _____, con el número _____”.

LOS DATOS A QUE SE REFIERE ESTA FORMA DEBERÁN SER PROPORCIONADOS POR EL O LOS BENEFICIARIOS NOMBRADOS EN LAS PÓLIZAS DEL SEGURO O SUS REPRESENTANTES LEGALES BAJO SU FIRMA.

No. DE PÓLIZA (S):	TIPO DE SEGURO (INDIVIDUAL):
---------------------------	-------------------------------------

NOMBRE DEL CONTRATANTE:

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			
DOMICILIO A LA FECHA DE FALLECIMIENTO (Calle, No., Colonia):			CIUDAD:
ESTADO:	C.P.:	TELÉFONO:	
RFC:	CURP:	FECHA DE NACIMIENTO: DÍA MES AÑO	LUGAR DE NACIMIENTO:
NACIONALIDAD:	OCUPACIÓN A LA FECHA DE FALLECIMIENTO:		
NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO DONDE TRABAJA Y DOMICILIO:			
INDIQUE EN QUE OTRAS COMPAÑÍAS ESTABA ASEGURADO:			

DATOS DE LOS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO (En caso de que hubiera)

NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):		TELÉFONO:
DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO:		TELÉFONO:
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):		TELÉFONO:
DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO:		TELÉFONO:
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):		TELÉFONO:
DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO:		TELÉFONO:

DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO

LUGAR DEL FALLECIMIENTO:	FECHA DEL FALLECIMIENTO:	DÍA	MESES	AÑO
CAUSA DE FALLECIMIENTO:				
AGENCIA QUE PROPORCIONÓ LOS SERVICIOS FUNERARIOS:	FECHA:	DÍA	MESES	AÑO
EL FALLECIMIENTO FUE EN EL DOMICILIO PARTICULAR, HOSPITAL U OTRO:				
EN CASO DE MUERTE VIOLENTA, INDIQUE QUÉ AUTORIDAD TOMÓ CONOCIMIENTO DEL HECHO:				NO. DE ACTA MP

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			FECHA DE NACIMIENTO:	DÍA	MESES	AÑO
DOMICILIO:			TELÉFONO:			
RFC:	CURP:	PARENTESCO:	OCUPACIÓN:			
E-MAIL:	NACIONALIDAD:	GIRO O ACTIVIDAD:	FIRMA:			
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			FECHA DE NACIMIENTO:	DÍA	MESES	AÑO
DOMICILIO:			TELÉFONO:			
RFC:	CURP:	PARENTESCO:	OCUPACIÓN:			
E-MAIL:	NACIONALIDAD:	GIRO O ACTIVIDAD:	FIRMA:			
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			FECHA DE NACIMIENTO:	DÍA	MESES	AÑO
DOMICILIO:			TELÉFONO:			
RFC:	CURP:	PARENTESCO:	OCUPACIÓN:			
E-MAIL:	NACIONALIDAD:	GIRO O ACTIVIDAD:	FIRMA:			

LUGAR Y FECHA:

ESTE TRÁMITE ES GRATUITO