

N° de Solicitud	N° de Póliza	Código del Cliente

Solicitud de Seguro

Datos de la institución retenedora

Nombre de la dependencia	Nombre de la subdependencia

Datos del contratante persona física (el contratante es la persona física que se considera el pagador de las primas del seguro)

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
RFC con homoclave	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	CURP
Número de serie del certificado digital de la firma electrónica avanzada (en caso de contar con él)	Correo electrónico	Ocupación o profesión
Fecha de nacimiento	día mes año	Nacionalidad
		País de nacimiento
		Clave de empleado
¿El asegurado 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	Dependencia

Domicilio del Contratante

Código Postal	Calle	No. exterior	No. interior
Colonia	Municipio		
Ciudad o Población	Entidad Federativa		
Teléfono particular	Teléfono móvil	Teléfono de oficina	Extensión

Datos del Conductor Habitual

Mismo conductor <input type="checkbox"/>	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
Fecha de nacimiento	día mes año	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Código Postal
R.F.C	Beneficiario Preferente (Disponible para personas morales, en caso de ser necesario)		

La compañía cobrará 5 puntos porcentuales adicionales al deducible estipulado en la Carátula de Póliza, cuando el Asegurado sea responsable del incidente y éste se encuentre en Estado de Ebriedad o el daño sea originado por un acto de vandalismo. Solo para vehículos Residentes y Blindados.

Datos del vehículo

Procedencia del vehículo	Tipo de vehículo	Submarca
Descripción del vehículo	Uso	Modelo
Número de serie	Número de motor	Placas
¿El vehículo cuenta con factura de aseguradora por una Pérdida Total previa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**En caso de requerir información contáctenos al 55 5227 9000
 o visite gnp.com.mx**

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	

**En caso de requerir información contáctanos: al 55 5227 9000
 o visite gnp.com.mx**

Paquetes de vehículos

- Responsabilidad Civil**
Gastos Médicos Ocupantes
Responsabilidad Civil por Daños a Terceros
Extensión de Responsabilidad Civil
Protección Legal
Club GNP
- Amplia Más**
Amplia + Auto sustituto
- Premium**
Amplia + Daños Materiales de Llantas y/o Rines^(a)+
Cero Deducible en Pérdida Total^(b)+ Reposición de Llaves^(c)+ Auto
Sustituto Plus + Robo Parcial Plus
- Limitada**
Responsabilidad Civil + Robo Total
- Auto Elite**
Auto Sustituto + Daños Materiales de Llantas y/o Rines + Cero
Deducible en Pérdida Total + Reposición de Llaves
- Amplia**
Limitada + Daños Materiales Pérdida Total
+ Daños Materiales Pérdida Parcial +
Cristales
- a) Anteriormente Llantas y Rines
b) Anteriormente Cero Deducible
c) Anteriormente Llaves de Repuesto

día	mes	año	Inicio -Término Vigencia	día	mes	año	Prima anualizada \$

Coberturas y servicios opcionales vehículos

- Auto Sustituto (10,15, 20, 30 días)
- Auto Sustituto Plus (10,15, 20, 30 días)
- Responsabilidad Civil Ocupantes
- Protección Auxiliar
- Siempre en Agencias
- Daños Materiales de Llantas y/o Rines
- Reposición de Llaves
- Responsabilidad Civil Fallecimiento _____
- Accidentes Automovilísticos al Conductor _____
- Ayuda para Pérdidas Totales _____
- Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial* _____
- Robo Parcial _____
- Robo Parcial Plus _____
- Garantía de Autos Financiados _____
- Conductor Protegido _____

Descripción Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial

*La suma asegurada que declare deberá soportarse por avalúo o factura de las Adaptaciones , Conversiones y Equipo Especial

Paquetes motocicletas

- Responsabilidad Civil**
Responsabilidad Civil por Daños a Terceros
Protección Legal
Accidentes Automovilísticos al Conductor
- Limitada**
Responsabilidad Civil + Robo Total
- Amplia**
Limitada + Daños Materiales
Pérdida Parcial + Daños
Materiales Pérdida Total +
Gastos Médicos Ocupantes +
Asistencia vial para Motocicletas
- | día | mes | año | Vigencia
Inicio -Término | día | mes | año | Prima anualizada
\$ |
|-----|-----|-----|-----------------------------|-----|-----|-----|------------------------|
| | | | | | | | |

Coberturas opcionales motocicletas

- Responsabilidad Civil Fallecimiento _____
- Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial* _____

Descripción Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial

*La suma asegurada que declare deberá soportarse por avalúo o factura de las Adaptaciones , Conversiones y Equipo Especial

Forma de indemnización

- Valor Convenido
- Valor Factura últimos modelos⁽¹⁾
- Valor Convenido + 10
- Valor Comercial⁽²⁾
- ⁽¹⁾Aplica solo al presentar factura o carta factura del vehículo expedida máximo 10 días naturales antes de la fecha en que iniciará la vigencia de la póliza
- ⁽²⁾Para el Seguro de motocicletas únicamente aplica indemnización a valor comercial

**En caso de requerir información contáctenos al 55 5227 9000
o visite gnp.com.mx**

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

1. Que la Institución retenedora se reserva el derecho de no autorizar la retención solicitada por el empleado, por las razones que consideren pertinentes.
2. Que la retención de nómina se suspenderá en los casos siguientes:
 - a) Cuando por decisión del empleado se cancele, por escrito y con 30 días naturales 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 retenedora, en cuyo caso, el pago de primas será manejado entre Grupo Nacional Provincial S.A.B. y el suscrito.

Firma del Empleado
www.gnp.com.mx

**En caso de requerir información contáctanos: al 55 5227 9000
o visite gnp.com.mx**

Coberturas Modificables Motos, Autos y Pick ups

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Deducible Daños Materiales Pérdida Total _____ | <input type="checkbox"/> Suma Asegurada Responsabilidad Civil _____ |
| <input type="checkbox"/> Deducible Daños Materiales Pérdida Parcial _____ | <input type="checkbox"/> Suma Asegurada Gastos Médicos Ocupantes _____ |
| <input type="checkbox"/> Deducible Robo Total _____ | <input type="checkbox"/> Suma Asegurada Accidentes Automovilísticos al Conductor _____ |
| <input type="checkbox"/> Deducible Robo Parcial _____ | <input type="checkbox"/> Suma Asegurada Responsabilidad Civil Fallecimiento _____ |
| <input type="checkbox"/> Deducible Robo Parcial Plus _____ | <input type="checkbox"/> Auto Sustituto _____ |
| | <input type="checkbox"/> Auto Sustituto plus _____ |

Cobranza

Periodicidad

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Conforme a nómina | <input type="checkbox"/> Anual |
| <input type="checkbox"/> Semestral | <input type="checkbox"/> Mensual |

Vía de pago

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Descuento por nómina | <input type="checkbox"/> Cargo a tarjeta de débito |
| <input type="checkbox"/> Cargo a tarjeta de crédito | <input type="checkbox"/> Cargo a cuenta de cheques |

En caso de haber elegido Cargo a cuenta de cheques, Cargo a tarjeta de crédito o Cargo a tarjeta de débito como vía de pago, llenar los siguientes datos del contratante.

Cargo a cuenta de cheques

Cuenta CLABE _____

Cargo a tarjeta de crédito o débito

Banco _____ Tarjeta N° _____ ID _____

Fecha de vencimiento

mes	año

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 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. Asimismo, acepto que los cargos subsecuentes pueden ser variables de acuerdo con el plan de seguro contratado. 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.**

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. 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.

En caso de requerir información contáctanos: al 55 5227 9000

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.

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 del Estado del Vehículo

La Compañía tendrá en todo momento, durante la vigencia de la Póliza, el derecho a solicitar información y fotografías del Vehículo Asegurado, así como inspeccionar y verificar la existencia y estado físico del Vehículo Asegurado a cualquier día y hora hábil por medio de plataformas digitales o personas debidamente autorizadas por la Compañía.

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.

Aceptación

Este documento solo constituye una solicitud de seguro, 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.

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 únicamente en beneficio del Contratante descrito en este documento. Lo anterior, de conformidad con la resolución por la que se expiden las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 19 de julio del 2012 y de conformidad con las Políticas en materia de Identificación y Conocimiento del Cliente, emitidas para tal efecto por Grupo Nacional Provincial, S.A.B. 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 Solicitante o Contratante

El Solicitante y/o el Contratante declara que le 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, 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. Asimismo, 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 52279000 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.

**En caso de requerir información contáctanos: al 55 5227 9000
o visite gnp.com.mx**

Entrevista personal

Bajo protesta de decir verdad, he entregado el Folleto 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 Ley Instituciones de Seguros y de Fianzas Precepto legal disponible en gnp.com.mx). Asimismo, declaro haber verificado la veracidad de los datos proporcionados y que se han incluido en este formato, siendo llenado de puño y letra por parte del(los) Solicitante(s) y Contratante.

Firma del Agente

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 (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a la cuenta de correo electrónico _____.

Datos personales

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral del 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 www.gnp.com.mx. Por lo anterior:

Sí No 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.

Fechado en _____ el día _____ de _____ del año _____

Firma autorizada del solicitante o contrante

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 integra este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día ___ de _____ de _____, con el número _____ / _____