

Solicitud del Seguro Plan de Rentas: Previplan

Fecha		
día	mes	año

I. Datos del solicitante: El nombre completo, RFC con homoclave, CURP, Régimen Fiscal y Domicilio Fiscal son datos necesarios que requiere GNP para la emisión de constancias y facturas que servirán para la deducción de impuestos y, en su caso, para la recuperación de los mismos. Por lo anterior, es necesario que los datos declarados sean los que se encuentran registrados ante la autoridad fiscal.

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		Fecha de nacimiento día mes año	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave	CURP	Sexo al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Estado Civil	Número de Serie de Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada (si cuenta con ella)						
Régimen Fiscal	País y estado de nacimiento		Nacionalidad (es)		Ocupación actual		
Número de Identificación Fiscal y País emisor (solo extranjeros)				Código de cliente (si cuenta con él)			

Domicilio Particular (En caso de no tener residencia en México indique su domicilio en el extranjero)

Calle		No. Exterior	No. Interior	Código Postal
Colonia		Entidad Federativa		País
Clave LADA	Teléfono	Correo electrónico	Municipio o Alcaldía	Ciudad o Población

Información Laboral

Nombre de la Empresa donde trabaja		Teléfono y Extensión	Ingresos mensuales	
Domicilio del lugar del trabajo (Calle, Número, Colonia, Municipio o Alcaldía y Código Postal)				
Giro del negocio donde trabaja		Indique puesto en el que labora y en qué consisten sus actividades		
Ocupaciones anteriores	Descripción de la actividad	Fecha de inicio	Fecha de término	
Por su ocupación, ¿está expuesto a: explosivos, uso de armas de fuego, sustancias químicas, radiaciones o riesgo por altura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique, clase, frecuencia y desde cuándo.				
¿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:				

II. Datos del contratante Persona Física: (solo en caso de ser distinto a los Solicitantes). El nombre completo, RFC con homoclave, CURP, Régimen Fiscal y Domicilio Fiscal son datos necesarios que requiere GNP para la emisión de constancias y facturas que servirán para la deducción de impuestos y, en su caso, para la recuperación de los mismos. Por lo anterior, es necesario que los datos declarados sean los que se encuentran registrados ante la autoridad fiscal.

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		Fecha de nacimiento día mes año	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave	CURP	Sexo al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Ocupación actual	Número de Serie de Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada (si cuenta con ella)						
Número de Identificación Fiscal y País emisor (solo extranjeros)				Régimen Fiscal			
Código de cliente (si cuenta con él)		Giro de negocio donde trabaja		Correo electrónico		Ingresos mensuales	
Nacionalidad (es)		País y estado de nacimiento		Relación o parentesco del Solicitante			
¿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:							

Contratante: (en caso de existir como Persona Moral)				
Razón o denominación social		Régimen de Capital		Giro mercantil, actividad u objeto social
R.F.C.	letras	año	mes	día
Fecha de constitución		Código de cliente (si cuenta con él)		
Folio Mercantil		Régimen Fiscal		Nacionalidad (es)
Número de Identificación Fiscal y País emisor (solo extranjeros)			Correo electrónico o página de internet	
Nombre del Representante Legal				
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)
				Nacionalidad (es)
Persona física que posea o controle, directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior al 25% del capital o de los derechos de voto, o en su defecto, el Administrador Único o Director General de la Sociedad				
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)
Fecha de nacimiento		% de acciones		
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)
Fecha de nacimiento		% de acciones		
Domicilio Particular (En caso de no tener residencia en México indique su domicilio en el extranjero)				
Calle		No. Exterior	No. Interior	Código Postal
Colonia		Municipio o Alcaldía		Ciudad o Población
Clave LADA		Teléfono		Entidad Federativa
				País
Domicilio Fiscal del Contratante: (solo en caso de ser diferente al domicilio particular). Este dato será utilizado para la emisión de constancias y facturas a nombre del Contratante, por lo que en caso de requerir estos documentos, es importante que se declare el domicilio registrado ante la autoridad fiscal.				
Calle		No. Exterior	No. Interior	Código Postal
Colonia		Municipio o Alcaldía		
Ciudad o Población		Entidad Federativa		País
III. Plan de Rentas				
Cobertura de la renta:		Prima única		Monto de la Renta
Tipo de Renta: Seleccione una de las siguientes opciones para especificar cuál es el plan de rentas que desea contratar y complete los campos solicitados:				
<input type="checkbox"/> Renta Vitalicia				
<input type="checkbox"/> Renta Vitalicia con Periodo de Garantía				
Periodo de garantía: _____ años				
<input type="checkbox"/> Renta Temporal Pura				
Plazo del pago de la renta: _____ años				
<input type="checkbox"/> Renta Temporal Garantizada				
Plazo de pago de la renta garantiza: _____ años				
<input type="checkbox"/> Renta Temporal con Periodo de Garantía				
Plazo del pago de la renta: _____ años				
Con un periodo de garantía por _____ años				
<input type="checkbox"/> Renta Vitalicia Heredable				
Porcentaje a heredar: _____ %				
Forma de pago de las rentas:		Moneda		Renta Diferida
		<input type="checkbox"/> MXN <input type="checkbox"/> USD		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Plazo de diferimiento (Llenar solo en caso de solicitar Renta Diferida)					
Meses de diferimiento		Seleccione una Opción de Liquidación, en caso de fallecimiento del asegurado durante el plazo de diferimiento (solo aplica para planes de rentas con periodo de garantía) <input type="checkbox"/> Pago de renta <input type="checkbox"/> Pago único			
Indicar los datos de los beneficiarios en caso de fallecimiento durante el plazo de diferimiento					
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Parentesco	Porcentaje	Fecha de nacimiento
1				%	día mes año
2				%	
3				%	
4				%	
Domicilio de los Beneficiarios: Calle, No. exterior, No. interior, Colonia, Código Postal, Municipio o Alcaldía, Ciudad o Población, Entidad Federativa y País (sólo en caso de ser distinto al domicilio del Solicitante 1).					
1					
2					
3					
4					
Información para el pago de la renta					
CLABE interbancaria		Sucursal	Plaza	Nombre del banco	
IV. Beneficiarios					
<p>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 nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá 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.</p>					
En caso de haber solicitado un Plan de Rentas Vitalicias con Periodo de Garantía, Rentas Temporales Garantizadas o Rentas Temporales con Periodo de Garantía, indicar los datos de la(s) persona(s) que recibirá(n) las rentas:					
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Parentesco	Porcentaje	Fecha de nacimiento
1				%	día mes año
2				%	
3				%	
4				%	
Domicilio de los Beneficiarios: Calle, No. exterior, No. interior, Colonia, Código Postal, Municipio o Alcaldía, Ciudad o Población, Entidad Federativa y País (sólo en caso de ser distinto al domicilio del Solicitante 1).					
1					
2					
3					
4					
En caso de haber solicitado un Plan de Rentas Vitalicias Heredables, indicar los datos de la persona que heredará la renta:					

Datos del segundo solicitante									
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	Fecha de nacimiento día mes año				
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave	CURP	Sexo al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Estado Civil		Número de Serie de Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada (si cuenta con ella)							
Régimen Fiscal		País y estado de nacimiento		Nacionalidad (es)		Ocupación actual			
Número de Identificación Fiscal y País emisor (solo extranjeros)				Código de cliente (si cuenta con él)					
Domicilio Particular (En caso de no tener residencia en México indique su domicilio en el extranjero)									
Calle			No. Exterior	No. Interior	Código Postal				
Colonia			Entidad Federativa		País				
Clave LADA		Teléfono		Correo electrónico		Municipio o Alcaldía	Ciudad o Población		
Información Laboral									
Nombre de la Empresa donde trabaja			Teléfono y Extensión		Ingresos mensuales				
Domicilio del lugar del trabajo (Calle, Número, Colonia, Municipio o Alcaldía y Código Postal)									
Giro del negocio donde trabaja			Indique puesto en el que labora y en qué consisten sus actividades						
Ocupaciones anteriores			Descripción de la actividad		Fecha de inicio		Fecha de término		
Por su ocupación, ¿está expuesto a: explosivos, uso de armas de fuego, sustancias químicas, radiaciones o riesgo por altura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique, clase, frecuencia y desde cuándo.									
¿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:									
V. Conducto de pago									
En caso de realizar el pago con Tarjeta de Crédito / Débito, especifique los datos de su institución Bancaria:									
CLABE _____				Institución: _____					
No. de cuenta: _____									
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 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.									
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.									

Aceptación

Este documento sólo constituye una Solicitud de Plan de rentas, 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.

Enterado de lo que antecede y para efectos legales de esta Solicitud de Plan de rentas declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a 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 Plan de rentas, 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.

Declaro bajo protesta de decir verdad que el(los) Solicitante(s), Titulare(s) y/o Contratante descritos en este documento, actúan por cuenta propia y que la contratación se realiza con recursos propios, los cuales tienen un origen lícito.

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 limitaciones de este producto pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro.

Asimismo, tiene(n) conocimiento de que las Condiciones Generales del Contrato de Seguro también se encuentran en la página gnp.com.mx o 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

Firma del Solicitante 1

Firma del Solicitante 2

Donación de primas

En mi carácter de Contratante, manifiesto mi voluntad para donar las primas correspondientes al Seguro que se solicita a favor de mi familiar en línea recta (hijo, nieto, padre, abuelo) o cónyuge de conformidad con el artículo 2332 del Código Civil Federal **-Precepto legal disponible en gnp.com.mx-** y sus correlativos en las Entidades Federativas.

Sí

No

El (los) Solicitante(s) con la firma de la Solicitud de Seguro acepta(n) la donación que el Contratante hace a su favor, en su carácter de familiar en línea recta o cónyuge.

Datos Personales y Consentimiento

Reconozco que previo a proporcionar los datos personales, incluyendo los del (los) menor(es) de edad de los cuales ostentó la patria potestad y/o debida representación legal o tutela en caso de aplicar, se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (en lo sucesivo GNP), el cual he leído y comprendido, por lo que tengo conocimiento de (i) la identidad y domicilio de GNP; (ii) los datos personales que serán sujetos a tratamiento; (iii) las finalidades primarias y secundarias del tratamiento, así como las transferencias que van a efectuarse; (iv) los medios habilitados para limitar el uso o divulgación de mis datos personales y/o revocar mi consentimiento, así como para ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Asimismo manifiesto tener conocimiento que puedo consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página www.gnp.com.mx. Por lo anterior, en mi carácter de titular, y/o padre o tutor del (los) menor (menores) de edad de los cuales ostentó la patria potestad y/o debida representación legal o tutela en caso de aplicar, una vez que he sido informado sobre el tratamiento al que serán sujetos los datos personales, otorgo consentimiento expreso y por escrito para que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. trate los datos personales en términos de lo señalado en el referido Aviso de Privacidad. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, incluyendo los del (los) menor(es) de edad, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento, y/o de quien(es) ostente(n) la patria potestad y/o debida representación legal o tutela en caso de aplicar; así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta. Entiendo que el consentimiento para el tratamiento de mis datos personales no será necesario cuando la finalidad del tratamiento sea cumplir obligaciones derivadas de la relación jurídica que en su caso se establezca, tal como lo sería la formalización del contrato de seguro.

Firma del Solicitante 1

Firma del Solicitante 2

Firma del Contratante

Declarativa de actuación por cuenta propia (exclusivo para personas físicas, aplica para contratación).

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 las Políticas en materia de Prevención de Lavado de Dinero o en materia de Identificación de Clientes, según corresponda.

Fecha en _____ el día _____ de _____ del año _____.

Nombre completo del Contratante

Omisión de pago de prima

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 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, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04200, por los siguientes medios: Llamando al teléfono 55 5227 9000 para la Ciudad de México e Interior de la República o Enviando correo electrónico a la dirección: 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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, al teléfono 55 5340 0990 para la Ciudad de México e Interior de la República, al correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o visite la página condusef.gob.mx

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

Consentimiento para la entrega de la documentación contractual

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 No

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:

Confirmación de información y datos

Confirmando que la información y los datos proporcionados en la presente solicitud de Plan de rentas y cuestionarios anexos son ciertos y correctos. Conozco las coberturas y exclusiones del producto, las cuales me fueron explicadas por el Agente de Seguros de GNP.

Firma del Solicitante 1

Firma del Solicitante 2

Firma del Contratante

Para ser llenado por el (los) Agente(s) y/o Intermediario.

¿Hace cuánto tiempo conoce al (los) Solicitante(s)?	¿Recomienda usted al Solicitante, tanto por su aspecto saludable como por su moralidad, hábitos, reputación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

¿Tiene algún parentesco con el solicitante? Sí No Indique cuál:

Clave del Agente CUA	Contrato	D.A	Nombre del Agente
Distribución	%	Firma del Asegurado	
Clave del Agente CUA	Contrato	D.A	Nombre del Agente
Distribución	%	Firma del Asegurado	

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.

	Tipo de identificación	Entidad emisora	Folio o número de identificación
Solicitante 1			
Solicitante 2			
Contratante			

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 de Instituciones de Seguros y de Fianzas **-Precepto legal disponible en gnp.com.mx-**) y cotejado con los documentos originales que tuve a la vista, y que me fueron exhibidos por el(los) Solicitante(s) y/o el Contratante. 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 Agente

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 24 de enero de 2024 con el número CNSF-S0043-0028-2024 / CONDUSEF-006281-01.