

Solicitud de Seguro Básico Estandarizado de Vida Individual

Solicitud No.

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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								

Datos Laborales

Nombre de la Empresa donde trabaja		R.F.C. 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		Describa en qué consisten sus labores			Empresa en que desempeña sus labores

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:									
R.F.C. con Homoclave		CURP		Nacionalidad		Sexo	Correo Electrónico		Teléfono Particular

Domicilio Particular

Calle y Número Exterior		Número Interior		Colonia			
Municipio o Delegación		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		<input type="checkbox"/> 100,000	<input type="checkbox"/> 200,000	<input type="checkbox"/> 300,000	ANUAL	

Datos de los Beneficiarios

Advertencia: En el caso que 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 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.

Nombre(s) de (los) Beneficiario(s)	Parentesco (para efectos de identificación)	Participación % de la Suma Asegurada

Otros Seguros de Vida¿Está solicitando o ha solicitado un Seguro de Vida en otra(s) Compañía(s) o más que sean voluntarios? Sí No

Seguros expedidos (en vigor o cancelados)

Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado actual

¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Sí No En caso afirmativo ¿Por qué motivo? _____**Cuestionario médico**

Peso _____ kg Talla _____ cm

Fuma Sí No

¿Padece o ha padecido algunas de las siguientes enfermedades?

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Efisema pulmonar, bronquitis crónica o asma | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Cirrosis hepática, hepatitis "C" o insuficiencia hepática | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5. Enfermedades cardíacas, infarto, isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6. Insuficiencia renal o pancreatitis | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 7. Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 8. VIH, SIDA o seropositivo al VIH | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> 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 Grupo Nacional Provincial, S.A.B., 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 Grupo Nacional Provincial, S.A.B., 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 Grupo Nacional Provincial, S.A.B., la información de su conocimiento y que a su vez Grupo Nacional Provincial, S.A.B., proporcione a cualquier 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 llenó y firmó esta Solicitud? Sí No

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el(los) registro(s) número CNSF-S0043-0315-2009 de fecha 4 de septiembre de 2009".