

Solicitud de Seguro de Vida Individual

Solicitud número

I. Datos del Contratante											
Primer Apellido			Segundo Apellido			Nombre(s)			Fecha de nacimiento día mes año		
R.F.C.		letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	CURP (si cuenta con ella)		Sexo al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Entidad Federativa y País de nacimiento					Nacionalidad			Ocupación actual			
No. de identificación fiscal y país emisor (solo extranjeros)				Número de Serie de Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada (si cuenta con ella)				Régimen Fiscal			
¿El Contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Definir cargo y dependencia:											
Domicilio Particular (En caso de no tener residencia en México indique su domicilio en el extranjero)											
Calle						Número exterior		Número interior			
Código Postal		Colonia				Municipio o Alcaldía					
Ciudad o Población				Entidad Federativa			País				
Lada	Teléfono local o celular			Correo electrónico							
Domicilio Fiscal (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						Número exterior		Número interior			
Código Postal		Colonia				Municipio o Alcaldía					
Ciudad o Población				Entidad Federativa			País				
II. Datos del Solicitante (en caso de ser distinto al Contratante)											
Primer Apellido			Segundo Apellido			Nombre(s)			Fecha de nacimiento día mes año		
R.F.C.		letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	CURP (si cuenta con ella)		Sexo al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Entidad Federativa y País de nacimiento					Nacionalidad			Ocupación actual			
No. de identificación fiscal y país emisor (solo extranjeros)				Número de Serie de Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada (si cuenta con ella)							
¿El Solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Definir cargo y dependencia:											
Domicilio Particular (En caso de no tener residencia en México indique su domicilio en el extranjero)											
Calle						Número exterior		Número interior			
Código Postal		Colonia				Municipio o Alcaldía					
Ciudad o Población				Entidad Federativa			País				
Lada	Teléfono local o celular			Correo electrónico							
III. Declaración ocupacional											
El Solicitante desempeña alguna profesión, ocupación, deporte o afición indicada en el "Anexo 1: Profesiones y ocupaciones" y "Anexo 2: Deportes y aficiones"? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
Especifique cuál(es): _____											
IV. 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, SIDA, VIH, cáncer, tumores, leucemia, lupus, alcoholismo, drogadicción o alguna otra enfermedad degenerativa no mencionada anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
Especifique cuál(es), fecha, duración y estado actual: _____											
¿Ha fumado en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											

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

V. Coberturas básicas		Suma Asegurada de Fallecimiento	Opción de liquidación		
<input type="checkbox"/> Fallecimiento / Supervivencia		\$			
Prima de Seguro \$	Prima de Ahorro \$	Prima de Total \$			
Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)					
<p>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</p>					
VI. 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 nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo 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.</p>					
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento
1				%	día mes año
2				%	
3				%	
4				%	
5				%	
Domicilio completo (en caso que sea diferente al del Solicitante)				Beneficiarios contingentes	
1				1	
2				2	
3				3	
4				4	
5				5	
VII. Cobranza					
Periodicidad de 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		
Cargo a tarjeta de crédito o débito					
Banco _____		Tarjeta número _____		Fecha de vencimiento mes año _____	
Cuenta CLABE _____					
<p>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. En caso de realizar aportaciones adicionales con Tarjeta de Crédito, éstas no podrán ser mayores a 1/10 de la prima anual del seguro sin ahorro. Se podrá convenir el cargo automático a cuenta bancaria, mediante CLABE, cheque o tarjeta de débito o bien descuento vía nómina en cuyo caso el estado de cuenta, recibo de nómina u otro documento donde aparezca el cargo de la Prima será prueba suficiente de pago de la misma, hasta en tanto la Institución entregue el comprobante de pago correspondiente.</p>					
Advertencia					
<p>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.</p> <p>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</p> <p>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.</p>					

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

Anexo 1: Profesiones y ocupaciones		
Doble	Fabricación de lámina	Mensajero en motocicleta
Acrobata	Fabricación de pinturas y/o pintor	Meseras
Agiotista	Fabricación y/o manejo de insecticidas	Militar
Albañil	Fabricador de hielo	Mineros (Manejo de explosivos y/o mayor o igual a 3 días a la semana en mina)
Alfarero	Fabricador de vidrio o colocador	Mineros (Sin manejo de explosivos y hasta 2 días a la semana en mina)
Apostadores	Ferrocarrilero	Ministerio público
Aserrador	Fumigador	Ministro
Astillero	Funcionario público	Motociclista profesional
Automovilista profesional	Fundidor	Mudanzas
Aviación (empleado en talleres y pilotos)	Ganadero	Obreros de plásticos
Aviación (empleados en aeropuertos)	Gobernador	Panadero
Azafata	Guardaespaldas	Peluquero
Bailarines	Guardia forestal	Petróleo (Trabajador en planta)
Barquero (embarcación en aguas tranquilas o poco profundas)	Guía de turista en montaña o pesca	Policías
Bombero	Herrero	Procurador
Calderero (Refinería de petróleo)	Hojalatero	Pulidor de metales
Camarógrafo	Hulero	Químico
Carcelero	Inmersiones submarina (hasta 40 metros)	Radiología
Cargador	Inmersiones submarina (más 40 metros)	Reparador/Instalador de elevadores
Carnicero	Instalación y/o mantenimiento de antenas	Repartidor en motocicleta
Carpintero	Introducción y/o venta de pulque	Sacerdote
Chef o cocinero	Jockey	Salvavidas
Chofer	Lanchero turístico	Soldador
Chofer (Vehículos blindados. Traslado de valores)	Leñador	Soplador de vidrio
Circo	Limpiador de cristales y/o chimenea	Tauromaquia
Cobrador	Linotipista	Tornero mecánico
Colocación y/o mantenimiento de anuncios	Magistrados	Trabajador en cantera
Comerciante	Manejo y/o contacto de sustancias alcalinas	Trabajador en plataformas
Coreógrafo	Manejo de abrasivos	Trabajo en hipódromo
Cortador de caña	Manejo de asbesto	Trabajo en la construcción
Curtidores	Manejo de asfalto	Trabajo en metalurgia
Detective	Manejo o contacto con ácidos	Utilización o contacto con arsénico
Diputado	Manejo o contacto con explosivos	Vaquero
Ebanista	Manejo y/o contacto con alcohol	Veladores
Electricista	Manejo y/o contacto con amoníaco	Venta o instalación de aire acondicionado
Estudiante	Marina (navegación)	Vulcanizador
Fabricación de cemento/yeso	Masajista	
Fabricación de ladrillo	Matadero de ganado	

Anexo 2: Deportes y aficiones		
Alpinismo	Espeleología	Patinaje
Artes marciales	Esquí acuático	Polo
Automovilismo	Esquí en nieve	Práctica de canoa
Béisbol	Físico-culturismo	Rafting
Bobsleigh o Bobsled	Gimnasia olímpica	Rapel
Box	Halterofilia	Rodeo
Bungee Jump	Levantamiento de pesas	Rugby
Cacería	Lucha	Surf
Charrería	Motociclismo	Velero
Ciclismo	Motociclismo (corredor)	Viet-Vo-Dao
Colombofilia	Motonáutica	Wake-Board
Equitación	Paracaidismo	

Datos Personales y Consentimiento

Reconozco que previo a proporcionar mis datos personales 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 una vez que he sido informado sobre el tratamiento al que serán sujetos mis datos personales, otorgo mi consentimiento expreso y por escrito para que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. trate mis datos personales en términos de lo señalado en el referido Aviso de Privacidad. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento, así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible

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

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

Firma del Contratante

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 (55) 5227 9000.

Aceptación

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, 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 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 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 Seguro, 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.

CONSENTIMIENTO ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

GNP pondrá a disposición del Asegurado, la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico indicado en esta solicitud de seguro.

Si autorizo No autorizo

Por lo anterior, el Asegurado otorga su consentimiento a Grupo Nacional Provincial S.A.B. (GNP) para realizar la entrega de la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro a través de la vía digital.

Declaro bajo protesta de decir verdad que el(los) Solicitante(s) Titular(es) y/o Contratante descriptos 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 pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro. Asimismo, tiene(n) conocimiento que las Condiciones del Contrato de Seguro también se encuentran en la página gnp.com.mx, puede(n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, o llamando al (55) 5227 9000 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 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.

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

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 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 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 XX de XXXXXXX de XXXX con el número CNSF-S00XX-XXXX-XXXX / CONDUSEF-00XXXX-XX.

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