



Solicitud de Seguro

Actualiza	Fecha	Solicitud No.	Fecha de examen médico
<input type="checkbox"/> Sí	día mes año		día mes año No. de cita

I. Datos del solicitante 1 (El nombre completo, el RFC con homoclave, la CURP y el 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).

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente (si cuenta con él)
R.F.C. letras año mes día homoclave*	CURP (si cuenta con ella)	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre	Ciudad y Estado de nacimiento	Profesión u ocupación	
¿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:		Correo electrónico (si cuenta con él)	

Domicilio

Calle	No. exterior	No. interior
Colonia	C.P.	
Municipio o delegación	Ciudad o población	Entidad federativa
País (si es distinto a México)		clave lada
Teléfono		

Información laboral

Nombre de la empresa donde trabaja
Domicilio del lugar del trabajo (Calle, número, colonia, municipio, delegación y código postal)
Actividad o giro del negocio donde trabaja
Indique puesto y en qué consisten sus labores

Otros datos

Ingresos mensuales	¿Ha fumado en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Deportes o aficiones que practica	Peso sin saco y estatura sin zapatos kgs. mts.
--------------------	--	-----------------------------------	---

II. Datos del solicitante 2 (en caso de Vidas Conjuntas). (El nombre completo, el RFC con homoclave, la CURP y el 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).

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente (si cuenta con él)
R.F.C. letras año mes día homoclave*	CURP (si cuenta con ella)	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre	Ciudad y Estado de nacimiento	Profesión u ocupación	
¿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:		Correo electrónico (si cuenta con él)	

Domicilio

Calle	No. exterior	No. interior
Colonia	C.P.	
Municipio o delegación	Ciudad o población	Entidad federativa
País (si es distinto a México)		clave lada
Teléfono		

Información laboral

Nombre de la empresa donde trabaja
Domicilio del lugar del trabajo (Calle, número, colonia, municipio, delegación y código postal)
Actividad o giro del negocio donde trabaja
Indique puesto y en qué consisten sus labores

Otros datos

Ingresos mensuales	¿Ha fumado en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Deportes o aficiones que practica	Peso sin saco y estatura sin zapatos kgs. mts.
--------------------	--	-----------------------------------	---

Firma del solicitante 1	Firma del solicitante 2
-------------------------	-------------------------

400112_vermujer_0512VD.inmd

III. Datos del contratante persona física (sólo en caso de ser distinto al solicitante 1). (El nombre completo, el RFC con homoclave, la CURP y el 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).										
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)		Código cliente (si cuenta con él)		
R.F.C.		letras	año	mes	día	homoclave*	CURP (si cuenta con ella)		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)
Profesión u ocupación				Actividad o giro del negocio donde trabaja			Correo electrónico (si cuenta con él)			
¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años?							<input type="checkbox"/> Sí Definir cargo: <input type="checkbox"/> No		Relación con el solicitante titular	
Contratante (en caso de existir como persona moral)										
Razón social				Giro mercantil, actividad u objeto social				Código cliente (si cuenta con él)		
R.F.C.		letras	año	mes	día	homoclave*	Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)	Correo electrónico o página de internet (si cuenta con ella)		Fecha de constitución año mes día
Nombre del representante legal										
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)		Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)		
Domicilio fiscal (persona física o moral si no cuenta con él, indicar el domicilio particular)										
Calle						No. exterior		No. interior		
Colonia							C.P.			
Municipio o delegación		Ciudad o población			Entidad federativa			clave lada	Teléfono	
IV. Beneficiarios										
Nota Importante: El Asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre. La designación de beneficiarios otorga el derecho de los beneficios del seguro, por lo que no son recomendables las designaciones para que una persona cobre la Suma Asegurada y la entregue a otros.					representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como instrumento adecuado para tales designaciones.					
Advertencia: En 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,					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 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.					
Beneficiarios de la Cobertura de Fallecimiento										
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento		
							%	día mes año		
							%			
							%			
							%			
							%			
							%			
							%			
Beneficiario de la Cobertura de Ahorro Garantizado por Supervivencia (sólo aplica para Profesional)										
								%		
Especificaciones especiales										
V. Programa Actualiza (sólo si requiere actualizar la protección con la que usted ya cuenta en GNP)										
Proporcione los datos de las pólizas que desea Rescatar. En la sección VI detalle el nuevo plan.										
Póliza No.		Póliza No.			Póliza No.		Póliza No.			
De las siguientes opciones indique para qué concepto utilizar el total del valor de rescate de las pólizas a actualizar. Especifique para mayor detalle.										
Pago de prima <input type="checkbox"/>		Especificación								
Depósito en fondo <input type="checkbox"/>										
La vigencia de la(s) póliza(s) que solicita rescatar continuará hasta que GNP notifique la aceptación del cambio. En caso de ser rechazado, la(s) póliza(s) se mantendrá(n) vigente(s) en las mismas condiciones que originalmente se pactaron.										
Firma del solicitante 1					Firma del solicitante 2					

VI. Coberturas (Básicas y adicionales)						
Plan	Plazo del seguro		Cobertura <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> Moneda nacional	<input type="checkbox"/> Dólares	
	Plazo de pago		Protección Contratada	Opciones de liquidación		
<input type="checkbox"/> Supervivencia / Ahorro / Retiro	Módulos (Profesional)			Pago único <input type="checkbox"/>	Fideicomiso <input type="checkbox"/>	Rentas vitalicias con garantía <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25
<input type="checkbox"/> Fallecimiento	Veces (Profesional)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Invalidez (ISE)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25
<input type="checkbox"/> Garantía de Ahorro por Fallecimiento (GAF)			Igual a la Suma Asegurada básica por Fallecimiento	Fideicomiso GAF		
<input type="checkbox"/> Beneficio de Exención de Pago de Primas por Invalidez (BIT y BIT PAM)			Amparada	Esquema de Rendimiento (Vida Inversión)		
<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental (IMA)				·GNP C-Tes _____%	·GNP USA	
<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental con Pérdida de Miembros (DIBA)				·GNP Saving _____%	Markets _____%	
<input type="checkbox"/> Protección Adicional por Fallecimiento (PAM)				·GNP Euros _____%	·GNP MK2	
<input type="checkbox"/> Protección Adicional por Invalidez (ISE PAM)				·GNP Equilibrado _____%	Desarrollados _____%	
				·GNP Acciones _____%	·GNP Global _____%	
<input type="checkbox"/> Cobertura Mujer				<input type="checkbox"/> Doble Cobertura Mujer		Total 100%
En caso de contratar Plan Profesional indique datos del Asegurado del Ahorro Garantizado por Supervivencia						
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		
Fecha de nacimiento				día	mes	año
En caso de contratar Vida a tus sueños indique el objetivo de ahorro con el que desea personalizar la póliza						
VII. Cobranza (Primas del seguro)						
Forma de pago			Conducto de pago			
<input type="checkbox"/> Mensual*	<input type="checkbox"/> Trimestral*	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Cargo a tarjeta de crédito	<input type="checkbox"/> Domiciliación	<input type="checkbox"/> Agente
*Sólo con cargos automáticos a tarjeta de crédito, débito o chequera						
Si desea hacer aportaciones adicionales a la prima del seguro, proporcione la siguiente información.						
Monto \$ _____	<input type="checkbox"/> Moneda nacional	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Cargo a tarjeta de crédito	<input type="checkbox"/> Domiciliación	
	<input type="checkbox"/> Dólares	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Anual			
En caso de haber elegido Domiciliación o Cargo a tarjeta de crédito como conducto de pago, llenar los siguientes datos del pagador (para Vida Inversión, Elige y Consolida Total, la Cuenta Bancaria para domiciliación deberá ser igual a la dada de alta como cuenta eje en el Convenio de uso de servicios electrónicos).						
Domiciliación						
CLABE _____	Tarjeta de débito _____	Fecha de vencimiento _____	mes _____	año _____		
Cargo a tarjeta de crédito						
Banco _____	Tarjeta No. _____	ID _____	Fecha de vencimiento _____	mes _____	año _____	
Banco _____	Tarjeta opcional No. _____	ID _____	Fecha de vencimiento _____	mes _____	año _____	
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.						
VIII. Referencias personales (no familiares, las cuales se contactarán vía telefónica, para corroborar información de esta solicitud)						
1	Teléfono	3		Teléfono		
2	Teléfono	4		Teléfono		
IX. Información particular de los solicitantes 1 y/o 2 (en caso de respuesta afirmativa a cualquiera de estas preguntas, especifique)						
	Solicitante	Especificación (si requiere mayor espacio, solicite un anexo a su Agente)				
a. ¿Tiene alguna otra ocupación? Especifique cuál y en qué consisten sus labores.	1 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
b. ¿Utiliza motocicleta? Especifique con qué frecuencia y para qué.	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
c. ¿Viaja en aeronaves particulares? Especifique tipo de aeronaves y horas de vuelo anuales.	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
d. ¿Ha recibido instrucciones para piloto?	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo llenar cuestionario de aviación.				
e. ¿Consume o ha consumido algún tipo de estupefaciente o droga? Especifique tipo, cuándo y por cuánto tiempo.	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
f. ¿Tiene antecedentes penales? Especifique causas, consecuencias y fecha.	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
g. ¿Ha sido rechazado o extraprimado en alguna solicitud de seguro? Especifique causa y cuándo.	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
h. ¿Está actualmente asegurado en el ramo de Vida? Especifique Compañía, Suma Asegurada y moneda (diferentes a los que obtenga gratuitamente por tarjetas de crédito o servicios).	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Si practica algún deporte peligroso, como alpinismo, buceo, automovilismo, motociclismo, etc., es necesario llenar el cuestionario correspondiente.						
i. ¿Alguno de sus padres, hermanos, tíos o abuelos ha padecido diabetes? Especifique quién.	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
j. ¿Algún solicitante ha sido hospitalizado o le han hecho alguna cirugía por cualquier enfermedad o accidente o alteración congénita o reconstructiva o estética? Especifique causas, secuelas y complicaciones. Fecha y estado actual.	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
k. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad hepática, mental, pulmonar, renal, neurológica, cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes, epilepsia, esclerosis múltiple, fiebre reumática, SIDA, cáncer, tumores, leucemia, lupus, alcoholismo o drogadicción? Especifique cuál(es), fecha, duración y estado actual.	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Firma del solicitante 1			Firma del solicitante 2			

		Solicitante		Especificación			
I. ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad no referida, actualmente está en tratamiento o tiene programada atención médica o quirúrgica? Especifique cuál(es) y/o por qué causa.	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sólo para Cobertura Mujer. Entiéndase por familia de 1º ó 2º grado: madre, hermanas, tías, primas y/o abuelas.							
M. ¿Hay o ha habido en su familia de 1º ó 2º grado cáncer, tumores de glándulas mamarias, ovarios o útero?	Sí	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Quién(es)? (parentesco) _____ Tipo(s) de cáncer o tumor (órgano afectado) _____ Actualmente se encuentra(n) en tratamiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
N. ¿Usted o su familia de 1º ó 2º grado tiene antecedentes de preclampsia, eclampsia, partos múltiples o embarazo ectópico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Quién(es)? _____ ¿Cuál(es)? _____				
O. ¿Está o ha estado en tratamiento o tiene planeado recibir tratamiento para tratar la esterilidad o infertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha día mes año 				
P. ¿Tiene antecedentes de Virus del Papiloma Humano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Q. ¿Se le ha realizado la histerectomía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
R. ¿Se le ha realizado la salpingoclasia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
X. En caso de contar con Recibo Cobertura para la protección por muerte accidental indique							
Cantidad entregada al Agente \$ _____							
XI. Información complementaria sobre bienes personales para montos de Suma Asegurada acumulada superior a \$5'000,000.00 de pesos							
Bienes inmuebles							
Descripción			Ubicación		Valor estimado		
Cuentas bancarias o inversiones representativas							
Tipo de cuenta			Banco		Saldo o crédito estimado		
Acciones							
Empresa		Valor estimado		% de acciones		Crédito estimado	
Autos							
Modelo			Marca		Valor estimado		
Otros							
Indique asociaciones o clubes a los que pertenece							
Esta información es estrictamente confidencial y sólo servirá para el análisis de su contrato de seguro.							
Nota: En caso de Sumas Aseguradas superiores a \$10'000,000.00 de pesos ó \$1'000,000.00 de dólares, es indispensable presentar comprobante de ingresos (recibo nómina o última declaración fiscal) y adicionalmente se requiere una entrevista personal con el solicitante.							
Advertencia							
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 le pregunte 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).							
Aceptación							
Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto no representa garantía alguna de que la misma será admitida por la empresa de seguros, ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.							
<p>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 la Compañía, 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 la Compañía los datos mencionados.</p> <p>Asimismo, autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado pólizas, para que proporcionen a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., 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. Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de fallecimiento, o en cualquier momento en que la Compañía lo considere oportuno.</p> <p>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 la Compañía considere necesarios, forman parte de la misma.</p>				<p>hace de su conocimiento que sus datos personales, aun los sensibles, recabados o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, se celebre o haya concluido, se tratarán para identificación, análisis y administración, pudiéndose transferir a proveedores que nos proporcionan servicios para dar cumplimiento a dicha relación.</p> <p>Adicionalmente, le informamos que los datos personales que recopilamos los utilizamos, en conjunto con el Grupo al que pertenecemos, para ofrecerle otros productos y servicios, como un valor agregado, sin compartir su información con terceros anunciantes.</p> <p>Para limitar el uso y divulgación de sus datos, mantenemos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad.</p> <p>En caso de que usted no esté de acuerdo con este aviso de privacidad, podrá ejercer su derecho de revocación por escrito y de forma inmediata en la dirección antes citada, y a partir del 6 de enero de 2012, sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición.</p> <p>El presente Aviso y sus actualizaciones, estarán a su disposición en la página www.gnp.com.mx, a través de comunicados colocados en nuestras oficinas o a través de otros medios de comunicación que tengamos con usted.</p>			
Aviso de Privacidad							
En cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Grupo Nacional Provincial, S.A.B., (GNP) con domicilio en Avenida Cerro de las Torres No. 395, Colonia Campestre Churubusco, C.P. 04200, Delegación Coyoacán, México D.F.,							
Firma del solicitante 1		Firma del solicitante 2		Firma del Contratante			
Para ser llenado por el(los) agente(s)							
¿Cuánto tiempo hace que conoce al solicitante?			¿Recomienda usted al solicitante, tanto por su aspecto saludable como por su moralidad, hábitos, reputación?		¿Tiene algún parentesco con el solicitante?		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique cuál _____		
¿Cuál es la finalidad del seguro? <input type="checkbox"/> Renta familiar <input type="checkbox"/> Educación de los hijos <input type="checkbox"/> Retiro <input type="checkbox"/> Hombre clave <input type="checkbox"/> Seguro de socios <input type="checkbox"/> Otro _____							
Clave del agente CUA Contrato		D.A.		Nombre del agente		Distribución %	Firma del agente
El agente da fe de que ha informado al asegurado 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 por el asegurado y que se han incluido en este formato (Art. 24 Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros).							
Firma del Agente							