

## Solicitud de Seguro

Favor de llenar esta solicitud con letra de molde y tinta negra. No omita ningún dato. No utilice abreviaturas. Esta solicitud no será válida si presenta tachaduras o enmendaduras.

| Fecha |     |     |
|-------|-----|-----|
| día   | mes | año |
|       |     |     |

**I. Datos del solicitante titular** (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.)

|   |                  |                              |  |
|---|------------------|------------------------------|--|
| <b>1</b>  | 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)   |                  | Fecha de nacimiento          | día mes año                                |
| Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)   | Estado civil     | Profesión u ocupación        | Actividad o giro del negocio donde trabaja |
| <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado<br><input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre |                  | Sexo                         | País de nacimiento                         |
| ¿El solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años?   |                  | Definir cargo y dependencia: | Correo electrónico (si cuenta con él)      |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |                  |                              |  |

**Domicilio de residencia en México**

|                        |                    |                    |
|------------------------|--------------------|--------------------|
| Calle                  | No. exterior       | No. interior       |
| Colonia                | C.P.               |                    |
| Municipio o delegación | Ciudad o población | Entidad federativa |
| País                   | clave lada         | Teléfono           |

**Domicilio de residencia temporal en el extranjero**

|   |  |
|---|--|
| Teléfono  |  |
| ¿Qué deportes practica?   | <input type="checkbox"/> No profesional<br><input type="checkbox"/> Profesional                  |
| Indique la frecuencia de la práctica  | No. de veces _____   |
| <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual  |  |
| Estatura y peso   | ¿Fuma o fumó?  |
| _____ mts.  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |
| _____ kgs.  |  |
| ¿Cuántos cigarros o puros al día?   | ¿Cuándo dejó de fumar?   |
|   |  |
| ¿Consumo o consumió bebidas alcohólicas?  | Indique la frecuencia de la práctica   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   | No. de veces _____   |
| Cantidad en copas _____   | <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual |
| Frecuencia <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual | ¿Consumo o ha consumido algún tipo de estupefaciente o droga?                                    |
|   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |
|   | Especifique  |

**II. Datos de los solicitantes**

|   |  |  |                                       |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <b>2</b>  | 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)   |  | Fecha de nacimiento  | día mes año                           |
| Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)   | Profesión u ocupación  | Actividad o giro del negocio donde trabaja   | Parentesco con el Asegurado titular   |
| ¿El solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años?                       |  | Definir cargo y dependencia:   | Correo electrónico (si cuenta con él) |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |  |  |                                       |
| ¿Qué deportes practica?   | <input type="checkbox"/> No profesional<br><input type="checkbox"/> Profesional                  | Indique la frecuencia de la práctica   |                                       |
|   |  | No. de veces _____   |                                       |
|   |  | <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual |                                       |
| Estatura y peso   | ¿Fuma o fumó?  | ¿Consumo o ha consumido algún tipo de estupefaciente o droga?                                    |                                       |
| _____ mts.  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |                                       |
| _____ kgs.  |  | Especifique  |                                       |
| ¿Cuántos cigarros o puros al día?   | ¿Cuándo dejó de fumar?   |  |                                       |
|   |  |  |                                       |
| ¿Consumo o consumió bebidas alcohólicas?  | Indique la frecuencia de la práctica   |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   | No. de veces _____   |  |                                       |
| Cantidad en copas _____   | <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual |  |                                       |
| Frecuencia <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual |  |  |                                       |

|   |                       |  |                                       |
|---|-----------------------|--|---------------------------------------|
| <b>3</b>  | 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)   |                       | Fecha de nacimiento                        | día mes año                           |
| Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)   | Profesión u ocupación | Actividad o giro del negocio donde trabaja | Parentesco con el Asegurado titular   |
| ¿El solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años? |                       | Definir cargo y dependencia:               | Correo electrónico (si cuenta con él) |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |                       |  |                                       |

\_\_\_\_\_  
**Firma del solicitante titular**

402098 Nal\_0213YD.imd

|  |       |   |                                   |   |  |   |  |  |   |          |  |
|--|-------|---|-----------------------------------|---|--|---|--|--|---|----------|--|
| ¿Qué deportes practica?  |       |   |                                   | <input type="checkbox"/> No profesional<br><input type="checkbox"/> Profesional |  | Indique la frecuencia de la práctica<br>No. de veces _____ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual |  |  |   |          |  |
| Estatura y peso<br>_____ mts.<br>_____ kgs.  |       | ¿Fuma o fumó?<br><input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | ¿Cuántos cigarros o puros al día? | ¿Cuándo dejó de fumar?  | ¿Consumo o consumió bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Cantidad en copas _____<br>Frecuencia <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual |   | ¿Consumo o ha consumido algún tipo de estupefaciente o droga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Especifique |  |   |          |  |
| <b>4</b> Apellido paterno  |       |   | Apellido materno                  |   |  |   | Nombre(s)  |  |   |          |  |
| Código cliente (si cuenta con él)  |       | R.F.C.   letras   año   mes   día   homoclave*                              |                                   |   | Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*  |   |  |  |   |          |  |
| CURP (si cuenta con ella)  |       |   |                                   | Fecha de nacimiento   día   mes   año   |  | Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M  |  | País de nacimiento                       |   |          |  |
| Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)  |       | Profesión u ocupación   |                                   | Actividad o giro del negocio donde trabaja                                      |  |   | Parentesco con el Asegurado titular  |  |   |          |  |
| ¿El solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |       |   |                                   |   | Definir cargo y dependencia:   |   |  | Correo electrónico (si cuenta con él)    |   |          |  |
| ¿Qué deportes practica?  |       |   |                                   | <input type="checkbox"/> No profesional<br><input type="checkbox"/> Profesional |  | Indique la frecuencia de la práctica<br>No. de veces _____ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual |  |  |   |          |  |
| Estatura y peso<br>_____ mts.<br>_____ kgs.  |       | ¿Fuma o fumó?<br><input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | ¿Cuántos cigarros o puros al día? | ¿Cuándo dejó de fumar?  | ¿Consumo o consumió bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Cantidad en copas _____<br>Frecuencia <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual |   | ¿Consumo o ha consumido algún tipo de estupefaciente o droga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Especifique |  |   |          |  |
| <b>Nota:</b> Para alpinismo, automovilismo, espeleología, buceo, motociclismo, cacería, aviación y paracaidismo, favor de llenar el cuestionario correspondiente.  |       |   |                                   |   |  |   |  |  |   |          |  |
| <b>Domicilio distinto</b> Si alguno de los solicitantes no vive en el mismo domicilio del solicitante titular, favor de indicarlo con el número que le corresponda (2, 3 ó 4).   |       |   |                                   |   |  |   |  |  |   |          |  |
| Solicitante:   | Calle |   |                                   |   |  | No. exterior  |  | No. interior                             |   |          |  |
| Colonia  |       |   |                                   |   |  |   | C.P.   |  |   |          |  |
| Municipio o delegación   |       | Ciudad o población  |                                   | Entidad federativa  |  | País  |  | clave lada                               |   | Teléfono |  |
| Solicitante:   | Calle |   |                                   |   |  | No. exterior  |  | No. interior                             |   |          |  |
| Colonia  |       |   |                                   |   |  |   | C.P.   |  |   |          |  |
| Municipio o delegación   |       | Ciudad o población  |                                   | Entidad federativa  |  | País  |  | clave lada                               |   | Teléfono |  |
| <b>III. Datos del contratante persona física</b> (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*   |       | Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*   |                                   |   |  |   |  |  |   |          |  |
| CURP (si cuenta con ella)  |       |   |                                   | Fecha de nacimiento   día   mes   año   |  | Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M  |  | País de nacimiento                       |   |          |  |
| Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)  |       | Profesión u ocupación   |                                   | Actividad o giro del negocio donde trabaja                                      |  |   | Correo electrónico (si cuenta con él)  |  |   |          |  |
| ¿El solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |       |   |                                   |   | Definir cargo y dependencia:   |   |  | Relación con el solicitante titular      |   |          |  |
| <b>Contratante (en caso de existir como persona moral)</b>   |       |   |                                   |   |  |   |  |  |   |          |  |
| Razón o denominación social  |       |   |                                   | Giro mercantil, actividad u objeto social                                       |  |   |  | Código cliente (si cuenta con él)        |   |          |  |
| R.F.C.   letras   año   mes   día   homoclave*   |       | Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*   |                                   |   |  |   |  |  |   |          |  |
| Folio Mercantil  |       | Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)                                 |                                   | Correo electrónico o página de internet (si cuenta con ella)                    |  |   |  | Fecha de constitución<br>año   mes   día |   |          |  |
| <b>Nombre del representante legal</b>  |       |   |                                   |   |  |   |  |  |   |          |  |
| Apellido paterno   |       |   | Apellido materno                  |   |  | Nombre(s)   |  |  | Nacionalidad (si es distinta a la mexicana) |          |  |
| <hr/> <b>Firma del solicitante titular</b>   |       |   |                                   |   |  |   |  |  |   |          |  |

|   |                |                    |        |   |             |  |         |  |             |   |         |  |  |         |  |             |  |
|---|----------------|--------------------|--------|---|-------------|--|---------|--|-------------|---|---------|--|--|---------|--|-------------|--|
| <b>Domicilio del contratante</b> (persona física o moral). Domicilio de residencia en México  |                |                    |        |   |             |  |         |  |             |   |         |  |  |         |  |             |  |
| Calle   |                |                    |        |   |             |  |         | No. exterior   |             | No. interior  |         |  |  |         |  |             |  |
| Colonia   |                |                    |        |   |             |  |         | C.P.   |             |   |         |  |  |         |  |             |  |
| Municipio o delegación  |                | Ciudad o población |        | Entidad federativa  |             | País   |         | clave lada   |             | Teléfono  |         |  |  |         |  |             |  |
| <b>Domicilio de residencia temporal en el extranjero</b>  |                |                    |        |   |             |  |         | Teléfono   |             |   |         |  |  |         |  |             |  |
| <b>IV. Plan a contratar (no aplica para Conexión Línea Azul)</b>  |                |                    |        |   |             |  |         |  |             |   |         |  |  |         |  |             |  |
| Esquema de contratación: <input type="checkbox"/> Solidez Familiar (no aplica para Conexión, Versátil, Certeza y Vínculo Mundial)   |                |                    |        |   |             |  |         |  |             |   |         |  |  |         |  |             |  |
| <b>Internacionales</b>  |                |                    |        | <b>Nacionales</b>   |             |  |         |  |             |   |         |  |  |         |  |             |  |
| <input type="checkbox"/> VIP <input type="checkbox"/> Internacional <input type="checkbox"/> Vínculo Mundial<br><input type="checkbox"/> Novus <input type="checkbox"/> Novus <input type="checkbox"/> Excelsis <input type="checkbox"/> Tempus   |                |                    |        | <input type="checkbox"/> Premier 100<br><input type="checkbox"/> Novus<br><input type="checkbox"/> Excelsis<br><input type="checkbox"/> Tempus<br><input type="checkbox"/> Omnia                                |             | <input type="checkbox"/> Premier 200<br><input type="checkbox"/> Novus (Exepto Metropolitana)<br><input type="checkbox"/> Excelsis<br><input type="checkbox"/> Tempus<br><input type="checkbox"/> Omnia  |         | <input type="checkbox"/> Premier 300<br><input type="checkbox"/> Tempus<br><input type="checkbox"/> Decus<br><input type="checkbox"/> Certum                   |             | <input type="checkbox"/> Premier 400<br><input type="checkbox"/> Omnia<br><input type="checkbox"/> Decus<br><input type="checkbox"/> Certum |         | <input type="checkbox"/> Esencial 200<br><input type="checkbox"/> Esencial 300 |  |         |  |             |  |
| Suma Asegurada (no aplica para Vínculo Mundial)   |                |                    |        | Deducible   |             | Coaseguro  |         | Vínculo Mundial  |             | Inicio  |         | día mes año  |  | Término |  | día mes año |  |
| <input type="checkbox"/> Línea Azul Versátil  |                |                    |        |   |             |  |         |  |             |   |         |  |  |         |  |             |  |
| <input type="checkbox"/> Tempus <input type="checkbox"/> Omnia  |                | Suma asegurada     |        |   |             | Deducible (Colocar el monto correspondiente a la opción elegida)   |         |  |             |   |         |  |  |         |  |             |  |
| <input type="checkbox"/> Línea Azul Certeza   |                |                    |        |   |             |  |         |  |             |   |         |  |  |         |  |             |  |
| Suma Asegurada Enfermedades Graves<br><input type="checkbox"/> 500,000  |                |                    |        | Indemnización por Procedimientos Quirúrgicos<br><input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 20,000 <input type="checkbox"/> 30,000 <input type="checkbox"/> 40,000 <input type="checkbox"/> 50,000 |             |  |         | Indemnización por Hospitalización<br><input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 1,000 <input type="checkbox"/> 2,000 <input type="checkbox"/> 3,000 |             |   |         |  |  |         |  |             |  |
| <b>Coberturas adicionales</b> (para Conexión Línea Azul sólo aplica Emergencia en el Extranjero y para Línea Azul Certeza sólo aplica Respaldo por Fallecimiento)   |                |                    |        |   |             |  |         |  |             |   |         |  |  |         |  |             |  |
| <input type="checkbox"/> RF-Respaldo por Fallecimiento  |                |                    |        | <input type="checkbox"/> CCDA-Cero Deducible por Accidente (Exepto Conexión, Certeza, Versátil y Vínculo Mundial)   |             |  |         | <input type="checkbox"/> Doble Esencial Plus (aplica sólo para Esencial)   |             |   |         |  |  |         |  |             |  |
| <input type="checkbox"/> RH-Respaldo Hospitalario \$ _____ (Indemnización diaria por hospitalización)   |                |                    |        | <input type="checkbox"/> CEE-Emergencia en el Extranjero (Exepto Certeza)   |             |  |         | <input type="checkbox"/> RDA- Reducción de Deducible por Accidente (aplica sólo para Versátil)   |             |   |         |  |  |         |  |             |  |
| <input type="checkbox"/> CSF-Salud Familiar (Exepto Conexión y Certeza)   |                |                    |        | <input type="checkbox"/> CEC-N Enfermedades Catastróficas Nacional (aplica sólo para Premier 300)   |             |  |         | <input type="checkbox"/> Esencial Plus (aplica sólo para Esencial)   |             |   |         |  |  |         |  |             |  |
| <input type="checkbox"/> CECE-Enfermedades Catastróficas en el Extranjero (Exepto VIP, Conexión VIP, Certeza y Vínculo Mundial)   |                |                    |        |   |             |  |         |  |             |   |         |  |  |         |  |             |  |
| <b>Para Conexión Línea Azul indique:</b> <input type="checkbox"/> Conexión Línea Azul Cien mil <input type="checkbox"/> Conexión Línea Azul Sin límite  |                |                    |        |   |             |  |         |  |             |   |         |  |  |         |  |             |  |
| Plan individual garantizado   |                |                    |        | Círculo Médico  |             |  |         | Deducible garantizado  |             |   |         | Suma Asegurada/Póliza de grupo   |  |         |  |             |  |
| Aseguradora/Póliza de grupo   |                |                    |        |   |             |  |         | Actual compañía en la que labora   |             |   |         |  |  |         |  |             |  |
| Todos los solicitantes de Conexión deberán estar amparados por la misma Póliza de Grupo. En caso de reclamación se tomará como deducible la suma asegurada que se refleje en la póliza de grupo en ese momento.   |                |                    |        |   |             |  |         |  |             |   |         |  |  |         |  |             |  |
| <b>Viajes al Extranjero</b> Si alguno de los solicitantes va a viajar al extranjero en los próximos 6 meses con permanencia mayor a 3 meses, indique el solicitante (1, 2, 3 ó 4).  |                |                    |        |   |             |  |         |  |             |   |         |  |  |         |  |             |  |
| Solicitante   | Fecha de viaje |                    | Inicio |   | día mes año |  | Término |  | día mes año |   | Destino |  |  |         |  |             |  |
| Solicitante   | Fecha de viaje |                    | Inicio |   | día mes año |  | Término |  | día mes año |   | Destino |  |  |         |  |             |  |
| <b>Beneficiarios para el producto de Línea Azul Certeza (L.A. Certeza) y las coberturas de Respaldo por Fallecimiento (RF) y/o Respaldo Hospitalario (RH)</b>   |                |                    |        |   |             |  |         |  |             |   |         |  |  |         |  |             |  |
| <b>Nota Importante:</b> 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. |                |                    |        |   |             | albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como instrumento adecuado para tales designaciones.   |         |  |             |   |         |  |  |         |  |             |  |
| <b>Advertencia:</b> 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,              |                |                    |        |   |             | 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. |         |  |             |   |         |  |  |         |  |             |  |
| Firma del solicitante titular   |                |                    |        |   |             |  |         |  |             |   |         |  |  |         |  |             |  |

|   |   |                          |  |  |  |                          |
|---|---|--------------------------|--|--|--|--------------------------|
| Solicitante   | Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios   | Parentesco               | Suma Asegurada   | Fecha de nacimiento  | Cobertura  | L.A. Certeza             |
|   |   |                          | %  | día mes año<br> _ _   _ _   _ _  | RF RH<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Calle   |   |                          |  | No. exterior   | No. interior   |                          |
| Colonia   |   |                          |  |  | C.P.   |                          |
| Municipio o delegación  |   | Ciudad o población       | Entidad federativa   | País   | clave lada   | Teléfono                 |
|   |   |                          |  |  | _ _ _ _ _  | _ _ _ _ _                |
| Solicitante   | Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios   | Parentesco               | Suma Asegurada   | Fecha de nacimiento  | Cobertura  | L.A. Certeza             |
|   |   |                          | %  | día mes año<br> _ _   _ _   _ _  | RF RH<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Calle   |   |                          |  | No. exterior   | No. interior   |                          |
| Colonia   |   |                          |  |  | C.P.   |                          |
| Municipio o delegación  |   | Ciudad o población       | Entidad federativa   | País   | clave lada   | Teléfono                 |
|   |   |                          |  |  | _ _ _ _ _  | _ _ _ _ _                |
| Solicitante   | Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios   | Parentesco               | Suma Asegurada   | Fecha de nacimiento  | Cobertura  | L.A. Certeza             |
|   |   |                          | %  | día mes año<br> _ _   _ _   _ _  | RF RH<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Calle   |   |                          |  | No. exterior   | No. interior   |                          |
| Colonia   |   |                          |  |  | C.P.   |                          |
| Municipio o delegación  |   | Ciudad o población       | Entidad federativa   | País   | clave lada   | Teléfono                 |
|   |   |                          |  |  | _ _ _ _ _  | _ _ _ _ _                |
| <b>V. Cobranza (Primas del seguro)</b>  |   |                          |  |  |  |                          |
| Forma de pago   |   |                          | Vínculo Mundial (vigencias menores de un año)  | Conducto de pago   |  |                          |
| <input type="checkbox"/> Mensual* <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual<br>*Sólo con cargos automáticos  |   |                          | <input type="checkbox"/> Mensual* <input type="checkbox"/> Único<br>*Sólo con cargos automáticos | <input type="checkbox"/> Cargo a tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> Domiciliación <input type="checkbox"/> Agente |  |                          |
| En caso de haber elegido Domiciliación o Cargo a tarjeta de crédito como conducto de pago, llenar los siguientes datos del contratante.   |   |                          |  |  |  |                          |
| <b>Domiciliación</b>  |   |                          |  |  |  |                          |
| CLABE   | _ _ _ _ _   | Tarjeta de débito        | _ _ _ _ _  | Fecha de vencimiento   | _ _  | _ _                      |
| <b>Cargo a tarjeta de crédito</b>   |   |                          |  |  |  |                          |
| Banco   | _ _ _ _ _   | Tarjeta No.              | _ _ _ _ _  | ID   | _ _ _  | Fecha de vencimiento     |
|   |   |                          |  |  |  | _ _                      |
| Banco   | _ _ _ _ _   | Tarjeta opcional No.     | _ _ _ _ _  | ID   | _ _ _  | Fecha de vencimiento     |
|   |   |                          |  |  |  | _ _                      |
| 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. |   |                          |  |  |  |                          |
| <b>VI. Ocupación</b>  |   |                          |  |  |  |                          |
| Indique si algún solicitante se dedica o trabaja actualmente en alguna de las siguientes actividades. En caso de respuesta afirmativa especifique en el apartado al final de esta sección.  |   |                          |  |  |  |                          |
|   |   | Sí                       | No   | Solicitante(s)   |  |                          |
| 1.  | Labores administrativas   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  |  |                          |
| 2.  | Operador de maquinaria pesada   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  |  |                          |
| 3.  | Trabaja con explosivos, solventes, productos químicos peligrosos o sustancias radioactivas                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  |  |                          |
| 4.  | Visita o asiste a obras o construcciones (en caso afirmativo indicar el número de veces a la semana)                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  |  |                          |
| 5.  | Utiliza, maneja, o su trabajo está relacionado con la utilización o portación de armas de fuego - seguridad - rescate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  |  |                          |
| 6.  | Agrícola con uso de fertilizantes, pesticidas, herbicidas, etc.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  |  |                          |
| 7.  | Utiliza motocicleta   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  |  |                          |
| 8.  | Viaja en aviones particulares más de 20 hrs anuales   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |  |  |                          |
| <b>Nota:</b> En caso de respuesta afirmativa sobre Sustancias radioactivas, Motociclismo y Aviación, anexar cuestionario correspondiente.   |   |                          |  |  |  |                          |
| Especificación  |   |                          |  |  |  |                          |
|   |   |                          |  |  |  |                          |
| _____<br><b>Firma del solicitante titular</b>   |   |                          |  |  |  |                          |

| <b>VII. Información médica (en caso de alguna respuesta afirmativa indique el detalle en el apartado 5 de esta sección)</b>  |  |                                 |     |  |   |
|--|--|---------------------------------|-----|--|---|
| <b>1.</b> ¿Algún solicitante padece o ha padecido alguna enfermedad como hipertensión arterial, infarto, hepatitis, diabetes, epilepsia, esclerosis, fiebre reumática, SIDA, cáncer, tumores, enfermedades mentales, pulmonares, renales, neurológicas y cardiovasculares? | Sí   | No                              |     |  |   |
| <b>2.</b> ¿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.                            | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>        |     |  |   |
| <b>3.</b> ¿Algún solicitante padece alguna otra enfermedad no referida en el apartado 1, está en tratamiento o tiene programada atención médica o quirúrgica?  | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>        |     |  |   |
| <b>4. Exclusivo para mujeres (a partir de 15 años)</b>   |  |                                 |     |  |   |
|  | Solicitante  | Especificación                  |     |  |   |
| Si ha estado embarazada ¿Ha tenido alguna complicación en alguno de sus embarazos anteriores? Especifique meses de gestación y tipo de complicación  | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                 |     |  |   |
| ¿Alguna solicitante está actualmente embarazada? Especifique meses de gestación  | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                 |     |  |   |
| <b>5. Información a detalle para casos de respuesta afirmativa</b>   |  |                                 |     |  |   |
| Solicitante  | Enfermedad o accidente                                     | Fecha de inicio                 | mes | año  | ¿Estuvo hospitalizado?                                  |
|  |  |                                 |     |  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique  |  |                                 |     |  |   |
| Estado actual de salud   |  | ¿Quedó con alguna complicación? |     | ¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique |   |
| Solicitante  | Enfermedad o accidente                                     | Fecha de inicio                 | mes | año  | ¿Estuvo hospitalizado?                                  |
|  |  |                                 |     |  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique  |  |                                 |     |  |   |
| Estado actual de salud   |  | ¿Quedó con alguna complicación? |     | ¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique |   |
| Solicitante  | Enfermedad o accidente                                     | Fecha de inicio                 | mes | año  | ¿Estuvo hospitalizado?                                  |
|  |  |                                 |     |  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique  |  |                                 |     |  |   |
| Estado actual de salud   |  | ¿Quedó con alguna complicación? |     | ¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique |   |
| Solicitante  | Enfermedad o accidente                                     | Fecha de inicio                 | mes | año  | ¿Estuvo hospitalizado?                                  |
|  |  |                                 |     |  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique  |  |                                 |     |  |   |
| Estado actual de salud   |  | ¿Quedó con alguna complicación? |     | ¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique |   |
| Si requiere más espacio para proporcionar información adicional, favor de solicitar un anexo a su agente.  |  |                                 |     |  |   |
| <b>Observaciones</b>   |  |                                 |     |  |   |
|  |  |                                 |     |  |   |
| <b>Firma del solicitante titular</b>   |  |                                 |     |  |   |

**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.**

**De interés para el solicitante (Leerlo antes de firmar)**

Conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro, se deben declarar todos los datos requeridos en esta solicitud tal y como los conozca o deba conocerlos en forma verídica al momento de firmar, en la inteligencia que la omisión o inexacta o falsa declaración de estos datos para la apreciación del riesgo, originará la pérdida de derechos del asegurado y/o beneficiario(s) en su caso y la Compañía de Seguros tendrá la facultad de rescindir el contrato celebrado y de abstenerse de realizar cualquier pago al Asegurado (art. 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Por lo anterior, en mi carácter de solicitante titular y/o contratante y en representación de los solicitantes, bajo protesta de decir verdad declaro que todos los hechos aquí mencionados son verídicos y estoy de acuerdo en que con base en ellos la Aseguradora valorará el riesgo a contratar.

Autorizo a los médicos, hospitales o clínicas que me hayan asistido o a los que haya accedido para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad y para el efecto, relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional, aceptando que se proporcione a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. la información requerida.

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 a su vez a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. para que 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 que pueda evaluar cualquier otra propuesta de contratación de Seguro del ramo que le sea solicitada por mi persona. Esta información puede ser requerida al momento de presentar este documento, en caso de fallecimiento o en cualquier momento en que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. lo considere oportuno.

Asimismo, reconozco que los padecimientos preexistentes no quedarán cubiertos en la póliza, aunque sean declarados en la presente solicitud, considerando este documento como parte integrante de mi contrato para todos los efectos a que haya lugar.

Se consideran padecimientos preexistentes, de acuerdo a las Condiciones Generales, apartado de Definiciones, aquellos que hayan sido declarados antes de la celebración del contrato, y/o; que en un expediente médico se determine su existencia a través del diagnóstico de un médico legalmente autorizado con anterioridad a la fecha de celebración del contrato, y/o; que sean diagnosticados con anterioridad a la fecha de celebración del contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o; por el que previamente a la fecha de celebración del contrato, el asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Estoy de acuerdo que, en caso de ser aceptada esta solicitud, la póliza y la versión actual de la misma forman parte y constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el solicitante titular y/o contratante y Grupo Nacional Provincial S.A.B.

Finalmente, 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 y del(los) Solicitante(s) descrito(s) 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, emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 19 de julio de 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.

**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., 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.

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.

Para limitar el uso y divulgación de sus datos, mantenemos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad.

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.

El presente Aviso y sus actualizaciones, estarán a su disposición en la página [www.gnp.com.mx](http://www.gnp.com.mx), a través de comunicados colocados en nuestras oficinas o a través de otros medios de comunicación que tengamos con usted.

**Consentimiento**

Autorizo a GNP a tratar mis datos personales, aun los sensibles, para los fines señalados en el presente aviso de privacidad y en caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, me obligo a informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el aviso.

**NOTA:** Si ha estado asegurado con otras Compañías y requiere reducir o eliminar los periodos de espera, anexe a esta solicitud la carátula de la póliza en donde se indique la antigüedad de cada asegurado, condiciones de aseguramiento y el comprobante de pago de la misma.

Nombre y firma del solicitante titular  
(Y de su representante legal si es menor de edad)

Nombre y firma del contratante  
(Sólo si es diferente al solicitante)

**Para ser llenado por el(los) agente(s)**

¿Cuánto tiempo hace que conoce al solicitante?  Sí  No      ¿Recomienda usted a su cliente, tanto por aspecto saludable como por su moralidad, hábitos y reputación?  Sí  No      ¿Tiene algún parentesco con el solicitante?  Sí  No

**Datos del agente**

|              |          |       |      |        |                   |                  |
|--------------|----------|-------|------|--------|-------------------|------------------|
| Clave<br>CUA | Contrato | Folio | D.A. | Nombre | Distribución<br>% | Firma del agente |
| Clave<br>CUA | Contrato | Folio | D.A. | Nombre | Distribución<br>% | Firma del agente |

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, recabé copia simple de los documentos de identificación y los coteje con los originales que tuve a la vista, en el caso de que éstos hayan sido requeridos, de acuerdo al monto de la prima del negocio.

He informado al solicitante, 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 (Art. 24 Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros).

Firma del Agente

La documentación contractual y la nota técnica que integra 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 de fecha