

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
Estado civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL		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 y estatura 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
Estado civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL		Ciudad y Estado de nacimiento			Profesión u ocupación		
¿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:		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 y estatura kgs. mts.
--------------------	--	-----------------------------------	------------------------------

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

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 <input type="checkbox"/> No		Definir cargo:		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											
<p>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.</p> <p>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, representantes de herederos u otros</p>					<p>cargos similares y no consideran al contrato de seguro como instrumento adecuado para tales designaciones.</p> <p>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.</p>						
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 (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				-GNP Euros _____%	-GNP MK2 _____%	
<input type="checkbox"/> Protección Adicional por Invalidez				-GNP Equilibrado _____%	Desarrollados _____%	
<input type="checkbox"/> Cobertura Mujer		<input type="checkbox"/> Doble Cobertura Mujer		-GNP Acciones _____%	-GNP Global _____%	
						Total 100%
En caso de contratar Plan Profesional indique datos del menor						
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
*Solo 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 y Elige, 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"/> Si <input type="checkbox"/> No				
	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
b. ¿Utiliza motocicleta? Especifique con qué frecuencia y para qué.	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	2	<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"/>				
	2	<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.		
	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
e. ¿Consumo o ha consumido algún tipo de estupefaciente o droga? Especifique tipo, cuándo y por cuánto tiempo.	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
f. ¿Tiene antecedentes penales? Especifique causas, consecuencias y fecha.	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	2	<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"/>				
	2	<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"/>				
	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Si practica algún deporte peligroso, como alpinismo, buceo, automovilismo, motociclismo, etc., es necesario llenar el cuestionario correspondiente.						
Las preguntas "i" a la "l" deben ser contestadas sólo en caso de no practicarse examen médico para el trámite de esta solicitud.						
i. ¿Alguno de sus padres, hermanos, tíos o abuelos ha padecido diabetes? Especifique quién.	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Firma del solicitante 1			Firma del solicitante 2			

		Solicitante		Especificación		
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"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
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"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
l.	¿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"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Sólo para Cobertura Mujer. Entiéndase por familia de 1° ó 2° grado: madre, hermanas, tías, primas y/o abuelas.						
m.	¿Hay o ha habido en su familia de 1° ó 2° grado cáncer, tumores de glándulas mamarias, ovarios o útero?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿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 1° ó 2° grado tiene antecedentes de preclampsia, eclampsia, partos múltiples o embarazo ectópico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha	día	mes	año
p.	¿Tiene antecedentes de Virus del Papiloma Humano?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha	día	mes	año
q.	¿Se le ha realizado la histerectomía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha	día	mes	año
r.	¿Se le ha realizado la salpingoclasia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha	día	mes	año
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		
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.						
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.			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.			
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			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.			
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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene algún parentesco con el solicitante? <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		D.A.		Nombre del agente		
Clave del agente CUA		D.A.		Nombre del agente		
				Distribución %		
				Firma del agente		
				Distribución %		
				Firma del agente		