



Grupo Nacional Provincial, S.A.B.

Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco
c.p. 04200, México D.F. Tel. 5227 3999. www.gnp.com.mx

Vida Individual

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?				Definir cargo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		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?				Definir cargo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		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
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									
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
Banco _____	Tarjeta opcional No. _____		ID _____	Fecha de vencimiento _____		mes
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. ¿Consumo 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			

