

## 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)		Fecha de nacimiento		día	mes	año	
R.F.C.		letras	año	mes	día	homoclave*	CURP (si cuenta con ella)		Sexo		
									<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre		
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*		Ciudad y Estado de nacimiento				Profesión u ocupación					
Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)			País de nacimiento (si es distinto a México)			Correo electrónico (si cuenta con él)					
¿El solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno municipal, estatal, o federal en los últimos cuatro años?								<input type="checkbox"/> Sí Definir cargo y dependencia: <input type="checkbox"/> No		Código cliente (si cuenta con él)	

**Domicilio** (En caso de no tener residencia en México indique su domicilio en el extranjero)

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?		Deportes o aficiones que practica				Peso sin saco y estatura sin zapatos			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						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)		Fecha de nacimiento		día	mes	año	
R.F.C.		letras	año	mes	día	homoclave*	CURP (si cuenta con ella)		Sexo		
									<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre		
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*		Ciudad y Estado de nacimiento				Profesión u ocupación					
Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)			País de nacimiento (si es distinto a México)			Correo electrónico (si cuenta con él)					
¿El solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno municipal, estatal, o federal en los últimos cuatro años?								<input type="checkbox"/> Sí Definir cargo y dependencia: <input type="checkbox"/> No		Código cliente (si cuenta con él)	

**Domicilio** (En caso de no tener residencia en México indique su domicilio en el extranjero)

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)											

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

400112\_vermujerVER140\_0113VD.innd

\*si cuenta con ella

Actividad o giro del negocio donde trabaja		Indique puesto y en qué consisten sus labores			
<b>Otros datos</b>					
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.
<b>III. Datos del contratante persona física</b> (sólo en caso de ser distinto a los Solicitantes). 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. Asimismo, la cobertura básica de la póliza incluirá la cobertura "Muerte Accidental del Contratante" con una suma asegurada de \$100,000.00 en Moneda Nacional o \$10,000.00 en Dólares (excepto en los planes Platino y Privilegio Tradicionales).					
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	
				Fecha de nacimiento    día    mes    año	
R.F.C.    letras    año    mes    día    homoclave*		CURP (si cuenta con ella)		Profesión u ocupación	
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*			Número de Identificación Fiscal (sólo para extranjeros)		
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Actividad o giro del negocio donde trabaja		Correo electrónico (si cuenta con él)		
Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)		País de nacimiento (si es distinto a México)		Relación o parentesco con el solicitante titular	
¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años?				Código cliente (si cuenta con él)	
				<input type="checkbox"/> Sí    Definir cargo y dependencia: <input type="checkbox"/> No	
<b>Contratante</b> (en caso de existir como persona moral)					
Razón o denominación social		Giro mercantil, actividad u objeto social		Código cliente (si cuenta con él)	
R.F.C.    letras    año    mes    día    homoclave*		Fecha de constitución año    mes    día		Folio mercantil    Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*	
Número de Identificación Fiscal (sólo para extranjeros)		Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)		Correo electrónico o página de internet (si cuenta con ella)	
<b>Nombre del representante legal</b>					
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	
Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)					
<b>Domicilio fiscal</b> (Persona Física o Moral, si no cuenta con él indicar el domicilio particular. En caso de no tener residencia en México indique su domicilio en el extranjero)					
Calle			No. exterior		No. interior
Colonia				C.P.	
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa	
				clave lada    Teléfono	
<b>IV. Beneficiarios</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.			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, 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.		
<b>Beneficiarios de la Cobertura de Fallecimiento</b>					
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	
				Parentesco	
				Suma Asegurada	
				Fecha de nacimiento	
1					
				%	
2					
				%	
3					
				%	
4					
				%	
5					
				%	
6					
				%	
<b>Beneficiario de la Cobertura de Ahorro Garantizado por Supervivencia</b> (sólo aplica para Profesional)					
7					
				%	
<b>Especificaciones especiales</b>					
Firma del solicitante 1			Firma del solicitante 2		

**Domicilio de los Beneficiarios (Calle, número exterior y, en su caso, interior, colonia, código postal, municipio o delegación, ciudad o población, entidad federativa y país).** (sólo en caso de ser distinto al domicilio del solicitante 1)

1
2
3
4
5
6
7

**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"/> Depósito en fondo <input type="checkbox"/>	Especificación
--	----------------

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.

**VI. Coberturas (Básicas y adicionales)**

Plan	Plazo del seguro	Cobertura <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	Moneda nacional <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/>
	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"/> Plan de Rentas <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fallecimiento	Veces (Profesional)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Invalidez (ISE)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<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			<b>Total 100%</b>

**En caso de contratar Plan Profesional indique datos del Asegurado del Ahorro Garantizado por Supervivencia**

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento								
			<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%; border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">año</td> <td style="text-align: center;">mes</td> <td style="text-align: center;">día</td> <td style="text-align: center;">año</td> </tr> </table>					año	mes	día	año
año	mes	día	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 <input type="checkbox"/> Mensual* <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual *Sólo con cargos automáticos a tarjeta de crédito, débito o chequera	Conducto de pago <input type="checkbox"/> Cargo a tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> Domiciliación <input type="checkbox"/> Agente
---	--

**Si desea hacer aportaciones adicionales a la prima del seguro, proporcione la siguiente información.**

Monto \$ _____	<input type="checkbox"/> Moneda nacional <input type="checkbox"/> Dólares	<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
----------------	---	--	--

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

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

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? <b>Especifique</b> cuál y en qué consisten sus labores.	1	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b. ¿Utiliza motocicleta? <b>Especifique</b> 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? <b>Especifique</b> 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. ¿Consume o ha consumido algún tipo de estupefaciente o droga? <b>Especifique</b> tipo, cuándo y por cuánto tiempo.	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
f. ¿Tiene antecedentes penales? <b>Especifique</b> 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? <b>Especifique</b> 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? <b>Especifique</b> 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"/>	
<b>Si practica algún deporte peligroso, como alpinismo, buceo, automovilismo, motociclismo, etc., es necesario llenar el cuestionario correspondiente.</b>			
i. ¿Alguno de sus padres, hermanos, tíos o abuelos ha padecido diabetes? <b>Especifique</b> quién.	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	2	<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? <b>Especifique</b> causas, secuelas y complicaciones. Fecha y estado actual.	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	2	<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? <b>Especifique</b> cuál(es), fecha, duración y estado actual.	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
l. ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad no referida, actualmente está en tratamiento o tiene programada atención médica o quirúrgica? <b>Especifique</b> cuál(es) y/o por qué causa.	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Sólo para Cobertura Mujer.</b> 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?	Sí	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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
n. ¿Usted o su familia de 1° ó 2° grado tiene antecedentes de preclampsia, eclampsia, partos múltiples o embarazo ectópico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Quién(es)? _____ ¿Cuál(es)? _____
	<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"/>	
<b>X. En caso de contar con Recibo Cobertura para la protección por muerte accidental indique</b>			
Cantidad entregada al Agente \$ _____			
<b>XI. Información complementaria sobre bienes personales para montos de Suma Asegurada acumulada superior a \$5'000,000.00 de pesos</b>			
<b>Bienes inmuebles</b>			
Descripción	Ubicación	Valor estimado	
<b>Cuentas bancarias o inversiones representativas</b>			
Tipo de cuenta	Banco	Saldo o crédito estimado	
<b>Acciones</b>			
Empresa	Valor estimado	% de acciones	Crédito estimado
<b>Autos</b>			
Modelo	Marca	Valor estimado	
<b>Otros</b>			
Indique asociaciones o clubes a los que pertenece			
<b>Esta información es estrictamente confidencial y sólo servirá para el análisis de su contrato de seguro.</b>			
<b>Nota:</b> 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.			
_____		_____	
Firma del solicitante 1		Firma del solicitante 2	

**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.

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.

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.

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.

\_\_\_\_\_  
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?  Sí  No  
 ¿Tiene algún parentesco con el solicitante?  Sí  No  
 Indique cuál \_\_\_\_\_

¿Cuál es la finalidad del seguro?  Renta familiar  Educación de los hijos  Retiro  Hombre clave  Seguro de socios  Otro \_\_\_\_\_

Clave del agente CUA	Contrato	D.A.	Nombre del agente	Distribución %	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 cotejé 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