

Solicitud de Seguro

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

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. ¹	letras	año	mes	día	homoclave ¹	CURP ¹	
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada ¹	País de nacimiento		Profesión u ocupación	Sexo	Estado Civil		
Nacionalidad (es)	Número de identificación Fiscal (sólo para extranjeros)		Código Cliente (si cuenta con él)	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viudo
				<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Concubinato	

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

Calle	No. exterior	No. interior	Municipio o Delegación	C. P.
Colonia	Ciudad o Población		Entidad Federativa	País
Indique el correo electrónico donde recibirá el Estado de Cuenta de su Seguro de Vida			Clave LADA Teléfono local o Celular	

Información laboral

Nombre de la Empresa donde trabaja	Teléfono y Extensión	Ingresos mensuales	
Domicilio del lugar de trabajo (Calle, Número, Colonia, Municipio o Delegación y Código Postal)			
Actividad o giro del negocio donde trabaja	Indique puesto en el que labora y en qué consisten sus actividades		
Ocupaciones anteriores	Descripción de la actividad	Fecha de inicio	Fecha de término

Por su ocupación, ¿está expuesto a: explosivos, uso de armas de fuego, sustancias químicas, radiaciones o riesgo por altura?
 Especifique, clase, frecuencia y desde cuándo.

¿El Solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en los últimos cuatro años? Sí No
 Definir cargo y Dependencia:

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

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento	día	mes	año
------------------	------------------	-----------	---------------------	-----	-----	-----

Firma del Solicitante 1

Firma del Solicitante 2

En caso de requerir información contáctenos al: 5227 9000 para el Distrito Federal, al 01 800 400 9000 lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx

¹Si cuenta con ella

II. Datos del Solicitante 2 (continuación de página 1).

letras										año										mes										día										homoclave ¹										CURP ¹										Sexo		Estado Civil					
R.F.C. ¹																																																												<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado		<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Concubinato		<input type="checkbox"/> Viudo	
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada ¹																				País de nacimiento										Profesión u ocupación																																					
Nacionalidad (es)										Número de identificación Fiscal (sólo para extranjeros)										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					Municipio o Delegación					C. P.				
Colonia										Ciudad o Población										Entidad Federativa					País				
Indique el correo electrónico donde recibirá el Estado de Cuenta de su Seguro de Vida															Clave LADA Teléfono local o Celular														

Información laboral

Nombre de la Empresa donde trabaja										Teléfono y Extensión					Ingresos mensuales				
Domicilio del lugar de trabajo (Calle, Número, Colonia, Municipio o Delegación y Código Postal)																			
Actividad o giro del negocio donde trabaja										Indique puesto en el que labora y en qué consisten sus actividades									
Ocupaciones anteriores					Descripción de la actividad					Fecha de inicio					Fecha de término				
Por su ocupación, ¿está expuesto a: explosivos, uso de armas de fuego, sustancias químicas, radiaciones o riesgo por altura? Especifique, clase, frecuencia y desde cuándo.																			
¿El Solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en los últimos cuatro años?															Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Definir cargo y Dependencia:																			

III. Datos del Contratante Persona Física (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). Esta cobertura aplica únicamente para familiares con parentesco en línea recta con el Asegurado.

Apellido Paterno										Apellido Materno										Nombre(s)										Fecha de nacimiento					día					mes					año																																		
R.F.C. ¹										letras										año										mes										día										homoclave										CURP ¹										Profesión u ocupación									
Sexo										Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada ¹										Número de Identificación Fiscal (sólo para extranjeros)																																																											
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M																																																																															
Actividad o giro del negocio donde trabaja										Correo electrónico										Ingresos mensuales																																																											
Nacionalidad (es)										País de nacimiento										Código Cliente (si cuenta con él)										Relación o parentesco con el Solicitante Titular																																																	
¿El Contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en los últimos cuatro años?															Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																																																
Definir cargo y Dependencia:																																																																															

Contratante (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 ¹										Fecha de Constitución										Folio Mercantil																													

Firma del Solicitante 1

Firma del Solicitante 2

En caso de requerir información contáctenos al: 5227 9000 para el Distrito Federal, al 01 800 400 9000 lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx

¹ Si cuenta con ella

Contratante (en caso de existir como Persona Moral)(continuación página 2).Número de Identificación Fiscal (sólo para extranjeros) Nacionalidad (es) Correo electrónico o página de Internet¹**Nombre del Representante Legal**

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Nacionalidad (es)

Domicilio Fiscal (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 Municipio o Delegación Entidad Federativa

Colonias Ciudad o Población C. P. Clave LADA Teléfono

IV. 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 V 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 EspecificacionesDepósito en fondo

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.

V. Coberturas (Básicas y Adicionales)Plan Plazo del Seguro Plazo del Pago Cobertura Moneda Prima de Ahorro² (Según Forma de Pago)I II Nacional Dólares

Protección Contratada Opciones de Liquidación

 Supervivencia / Ahorro / Retiro Módulos (Profesional) Pago Único Fideicomiso Plan de rentas Fallecimiento Veces (Profesional) Invalidez Sin Espera (ISE) Beneficio de Exención de Pago de Primas por Invalidez (BIT y BIT PAM) Suma Asegurada por Fallecimiento ² Sólo para Capitaliza Indemnización por Muerte Accidental (IMA) Indemnización por Muerte Accidental con Pérdida de Miembros (DIBA) Cobertura Mujer Doble Cobertura Mujer Garantía de Ahorro por Fallecimiento (GAF) Suma Asegurada por Fallecimiento Fideicomiso GAF Protección Adicional por Fallecimiento (PAM) Protección Adicional por Invalidez (ISE PAM) Esquema de Rendimiento (Vida Inversión)

· GNP C-Tes _____ %

· GNP Saving _____ %

· GNP Euros _____ %

· GNP Equilibrado _____ %

· GNP Acciones _____ %

· GNP USA Markets _____ %

· GNP MK2 Desarrollados _____ %

· GNP Global _____ %

Total 100%**Estrategia de Rendimiento (Capitaliza)**

· Vida Activa 2025 _____ % · Deuda Corto Plazo _____ % · Dólares Corto Plazo _____ %

· Vida Activa 2030 _____ % · Deuda Largo Plazo _____ % · Dólares Largo Plazo _____ %

· Vida Activa 2035 _____ % · UDIS Mediano Plazo _____ % · Bolsa MX _____ %

· Vida Activa 2040 _____ % · UDIS Largo Plazo _____ % · Bolsa USA _____ %

· Vida Activa 2045 _____ % **Total 100%**

Firma del Solicitante 1

Firma del Solicitante 2

En caso de requerir información contáctenos al: 5227 9000 para el Distrito Federal, al 01 800 400 9000 lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx

¹ Si cuenta con ella² Sólo para Capitaliza

En caso de contratar Plan Profesional indique datos del Asegurado del Ahorro Garantizado por Supervivencia (datos del menor)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento	día	mes	año
------------------	------------------	-----------	---------------------	-----	-----	-----

En caso de contratar Vida a tus Sueños o Capitaliza, indique el objetivo de ahorro con el que desea personalizar la Póliza

--

VI. Cobranza (Primas del Seguro)

Forma de Pago	Conducto de Pago
<input type="checkbox"/> Mensual ³ <input type="checkbox"/> Trimestral ³ <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Cargo a Tarjeta ³ <input type="checkbox"/> Domiciliación <input type="checkbox"/> Agente

Si desea hacer aportaciones adicionales a la Prima del Seguro, proporcione la siguiente información.

Monto	Moneda	Periodicidad	Conducto de Pago
\$ _____	<input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Cargo a Tarjeta ³ <input type="checkbox"/> Domiciliación

En caso de haber elegido Domiciliación o Cargo a Tarjeta como conducto de pago, llenar los siguientes datos del pagador (para Capitaliza, 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	Tarjeta de Débito	Válida hasta	mes	año
CLABE	_____	_____	_____	_____

Cargo a Tarjeta de Crédito	Banco	Tarjeta No.	ID	Válida hasta	mes	año
	_____	_____	_____	_____	_____	_____

	Banco	Tarjeta Opcional No.	ID	Válida hasta	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.

VII. Beneficiarios

Advertencia: En caso que desee nombrar como 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 cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como instrumento adecuado para tales designaciones. 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 nombre 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
1				%	día mes año
2				%	
3				%	
4				%	

Beneficiario de la Cobertura de Ahorro Garantizado para plan Profesional (padre o tutor del menor).

5				%	
---	--	--	--	---	--

Especificaciones Especiales

--

Firma del Solicitante 1

Firma del Solicitante 2

En caso de requerir información, contáctenos al: 5227 9000 para el Distrito Federal, al 01 800 400 9000, lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx

³ Cargos automáticos a Tarjeta de Crédito, Débito o Chequera.

Domicilio de los Beneficiarios: Calle, No. exterior, No. 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

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)

Hábitos					
En la actualidad	Solicitante	Clase	Cantidad	Frecuencia	Desde cuando
a. ¿Ingiere bebidas alcohólicas?	1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
b. ¿Usa drogas o estupefacientes?	1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
c. ¿Fuma?	1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Otros		
	2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Otros		

Si en el pasado hizo uso de alcohol, drogas o tabaco indique fecha de inicio, fecha de término y causa.

Peso y estatura	Solicitante 1		Solicitante 2	
d. Indicar peso y estatura	1	_____ kgs. _____ mts.	2	_____ kgs. _____ mts.
e. ¿Tiene alguna otra ocupación? Especifique cuál y en qué consisten sus labores.	Solicitante		Especificación (para mayor espacio, solicite un anexo a su Agente)	
	1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
f. ¿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"/>		
g. ¿Tiene antecedentes penales? Especifique causas, consecuencias y fecha. En caso afirmativo, enviar copia del proceso penal con la resolución del mismo.	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
h. ¿Ha sido rechazado o extraprimado en alguna Solicitud de Seguro? Especifique causa y fecha.	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
i. ¿Está actualmente asegurado en el ramo de Vida? Especifique Compañía, Suma Asegurada y moneda (pólizas 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"/>		
j. ¿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

En caso de requerir información, contáctenos al: 5227 9000 para el Distrito Federal, al 01 800 400 9000, lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx

k. ¿Algún solicitante ha sido hospitalizado o le han hecho alguna cirugía por cualquier enfermedad, accidente, alteración congénita, reconstructiva, estética? Especifique causas, secuelas y complicaciones, así como fecha del evento y estado actual.	1	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l. ¿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"/>	
m. ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad no referida, actualmente está en tratamiento o tiene programada atención médica o quirúrgica? Especifique cuál(es) y/o por qué causa.	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Llenar esta sección, sólo en caso de solicitar el beneficio adicional *Cobertura Mujer*

n. ¿Hay o ha habido en su familia de 1° ó 2° grado cáncer, tumores de glándulas mamarias, ovarios o útero?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Quién(es)? (parentesco)			
			Tipo(s) de cáncer o tumor (órgano afectado)			
				Actualmente se encuentra(n) en tratamiento Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
ñ. ¿Usted o su familia de 1° ó 2° grado tiene antecedentes de preeclampsia, eclampsia, partos múltiples o embarazo ectópico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Quién(es)? _____			
			¿Cuál(es)? _____			
o. ¿Está o ha estado en tratamiento o tiene planeado recibir tratamiento para tratar la esterilidad o infertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha	día	mes	año
p. ¿Se le ha detectado 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"/>				

Deportes y aficiones

En la actualidad		Solicitante		
s. ¿Hace uso de motocicleta?	1	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Marca(s) y Cilindrada
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
t. ¿Viaja en aeronaves particulares?	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de aeronave(s) y horas de vuelo
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
u. ¿Practica algún deporte o afición?	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si practica algún deporte peligroso (alpinismo, buceo, automovilismo, motociclismo, etc.) es necesario llenar el cuestionario correspondiente

X. En caso de contar con Recibo Cobertura para la protección por Muerte Accidental indique

Cantidad entregada al Agente \$ _____

XI. Información complementaria sobre bienes personales para montos de Suma Asegurada acumulada superior a \$5'000,000.00 de pesos

Bienes inmuebles

Descripción	Ubicación	Valor estimado

Cuentas bancarias o inversiones representativas

Tipo de cuenta	Banco	Saldo o crédito estimado

Acciones

Empresa	Valor estimado	% de acciones	Crédito estimado

Firma del Solicitante 1

Firma del Solicitante 2

En caso de requerir información, contáctenos al: 5227 9000 para el Distrito Federal, al 01 800 400 9000, lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx

XI. Información complementaria sobre bienes personales para montos de Suma Asegurada acumulada superior a \$5'000,000.00 de pesos**Automóviles**

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 de nómina o última declaración fiscal) y adicionalmente se requiere una entrevista personal con el Solicitante.

Advertencia

Toda la información de la presente solicitud, en especial las actividades e ingresos, serán considerados información necesaria para la apreciación del riesgo y para la aceptación, en su caso, de la cobertura contratada y la suma asegurada correspondiente.

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 encuentre contenido en la solicitud 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).

En caso de que en el futuro el(los) Solicitante(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Aceptación

Este documento sólo constituye una Solicitud de Seguro, por tanto no representa garantía alguna de que la misma será admitida por la Institución 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 GNP, 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 GNP los datos mencionados.

Asimismo, autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado pólizas, para que proporcionen a GNP, 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 GNP 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 GNP considere necesarios, forman parte de la misma.

Declaro bajo protesta de decir verdad que la contratación descrita en la presente Solicitud se realiza con recursos propios, de origen lícito 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 en materia de Lavado de Dinero y de conformidad con las Políticas en materia de Identificación y Conocimiento del Cliente, emitidas para tal efecto por GNP.

El(los) Solicitante(s) y/o el Contratante declara(n) que le(s) fue explicado por el Agente, el contenido de las Condiciones

Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que se refiere a sus derechos básicos, las Coberturas, Exclusiones, Indisputabilidad, Cláusulas Generales y/o Particulares, las cuales conoce(n), entiende(n) y acepta(n) como parte integrante del Contrato a que se refiere esta Solicitud en términos del artículo 7 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Asimismo, tiene(n) conocimiento de que las Condiciones Generales del Contrato de Seguro también se encuentran en la página gnp.com.mx o puede(n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros.

Donación de Primas

En mi carácter de Contratante, manifiesto mi voluntad para donar las primas correspondientes al Seguro que se solicita a favor de mi familiar en línea recta (hijo, nieto, padre, abuelo) o cónyuge de conformidad con el artículo 2332 del Código Civil Federal y sus correlativos en las Entidades Federativas.

Sí No

El (los) Solicitante(s) con la firma de la Solicitud de Seguro acepta(n) la donación que el Contratante hace a su favor, en su carácter de familiar en línea recta o cónyuge.

Datos Personales y Consentimiento

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de GNP, el cual contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles. Asimismo, se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página gnp.com.mx. Por lo anterior:

SÍ NO

Solicitante 1 consiento y autorizo dicho tratamiento

Solicitante 2 consiento y autorizo dicho tratamiento

Contratante consiento y autorizo dicho tratamiento

En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares de datos, reconozco mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

Las exclusiones y limitaciones de este producto pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del mismo, disponibles en la página gnp.com.mx dentro de la sección de Vida, solicitándolas a su Agente de Seguros; o bien llamando al 5227 9000 desde la Ciudad de México o al 01 800 400 9000 desde el Interior de la República.

Firma del Solicitante 1

Firma del Solicitante 2

En caso de requerir información, contáctenos al: 5227 9000 para el Distrito Federal, al 01 800 400 9000, lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx

