

## 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	No. de cita
R.F.C.		homoclave*		CURP*		Sexo		Estado Civil			
						<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<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)			Código Cliente (si cuenta con él)					

Indique el correo electrónico en el que desea recibir el Estado de Cuenta de su Seguro de Vida

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

**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								Teléfono y Extensión			
Domicilio del lugar de trabajo (Calle, Número, Colonia, Municipio o Delegación y Código Postal)											
Actividad o giro del negocio donde trabaja				Indique puesto y en qué consisten sus labores				Ingresos mensuales			
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 cuando.**

**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	No. de cita
R.F.C.		homoclave*		CURP*		Sexo		Estado Civil			
						<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<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)			Código Cliente (si cuenta con él)					

Indique el correo electrónico en el que desea recibir el Estado de Cuenta de su Seguro de Vida

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

**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	

Firma del Solicitante 1

Firma del Solicitante 2

Información Laboral									
Nombre de la Empresa donde trabaja							Teléfono y Extensión		
Domicilio del lugar de trabajo (Calle, Número, Colonia, Municipio o Delegación y Código Postal)									
Actividad o giro del negocio donde trabaja			Indique puesto y en qué consisten sus labores				Ingresos mensuales		
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. <b>Especifique, clase, frecuencia y desde cuando.</b>									
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).									
Apellido Paterno		Apellido Materno			Nombre(s)			Fecha de Nacimiento	
R.F.C.		letras		año		mes		día	
homoclave*		CURP*		Profesión u ocupación					
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*				Número de Identificación Fiscal (sólo para extranjeros)					
Sexo	Actividad o giro del negocio donde trabaja				Correo electrónico (si cuenta con él)				
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M									
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 municipal, estatal, o federal en los últimos cuatro años?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Definir cargo y Dependencia:		Código Cliente (si cuenta con él)	
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*		Fecha de Constitución		Folio Mercantil		Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*			
día		mes		año					
Número de Identificación Fiscal (sólo para extranjeros)			Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)			Correo electrónico o página de Internet*			
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. 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	
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 <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.									
V. Coberturas (Básicas y Adicionales)									
Plan		Plazo del Seguro		Plazo del Pago		Prima de Ahorro <sup>1</sup> (Según forma de pago)		Cobertura <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	
								<input type="checkbox"/> Moneda Nacional <input type="checkbox"/> Dólares	
								Protección Contratada	
								Opciones de Liquidación	
<input type="checkbox"/> Supervivencia / Ahorro / Retiro		Módulos (Profesional)						Pago Único <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Fallecimiento		Veces (Profesional)						Fideicomiso <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Invalidez (ISE)								Plan de rentas <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental (IMA)								<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	
<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental con Pérdida de Miembros (DIBA)								<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	
¹ Sólo para Capitaliza									
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](http://gnp.com.mx)

\*si cuenta con ella

<input type="checkbox"/> Garantía de Ahorro por Fallecimiento (GAF)	Igual a la Suma Asegurada básica por Fallecimiento	Fideicomiso GAF
<input type="checkbox"/> Cobertura Mujer (CM) <input type="checkbox"/> Doble Cobertura Mujer (DCM)		Esquema de Rendimiento (Vida Inversión)
<input type="checkbox"/> Beneficio de Exención de Pago de Primas por Invalidez (BIT y BIT PAM)	Amparada	· GNP C-Tes _____%    · GNP USA _____%
<b>Sólo para Capitaliza</b> Beneficio de Exención de Pago de Primas para: <input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental (BIT IMA) <input type="checkbox"/> Doble Indemnización por Muerte Accidental o Pérdida de Miembros (BIT DIBA) <input type="checkbox"/> Cobertura Mujer (BIT CM) <input type="checkbox"/> Doble Cobertura Mujer (BIT DCM)	Amparada	· GNP Saving _____%    Markets _____% · GNP Euros _____%    · GNP MK2 _____% · GNP Equilibrado _____%    Desarrollados _____% · GNP Acciones _____%    · GNP Global _____%
<input type="checkbox"/> Protección Adicional por Fallecimiento (PAM)		
<input type="checkbox"/> Protección Adicional por Invalidez (ISE PAM)		<b>Total 100%</b>

<b>Estrategia de Rendimiento (Capitaliza)</b>					
· 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 _____%					<b>Total 100%</b>

<b>En caso de contratar Plan Profesional indique datos del Asegurado del Ahorro Garantizado por Supervivencia</b>			Fecha de Nacimiento			
Apellido Paterno _____	Apellido Materno _____	Nombre(s) _____	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*	<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 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**

CLABE \_\_\_\_\_ Tarjeta de Débito \_\_\_\_\_ Válida \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año hasta \_\_\_\_\_

**Cargo a Tarjeta de Crédito**

Banco \_\_\_\_\_ Tarjeta No. \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_ Válida \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año hasta \_\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_ Tarjeta Opcional No. \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_ Válida \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año hasta \_\_\_\_\_

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**

**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.

**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 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 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	
					día	mes    año
1				%	_	_   _   _   _   _
2				%	_	_   _   _   _   _
3				%	_	_   _   _   _   _
4				%	_	_   _   _   _   _
5				%	_	_   _   _   _   _

_____	_____
Firma del Solicitante 1	Firma del Solicitante 2

**Beneficiario de la Cobertura de Ahorro Garantizado (sólo aplica para Profesional)**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de Nacimiento
6				%	día mes año

**Especificaciones Especiales**

**Domicilio de los Beneficiarios: Calle, Número exterior, Número 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

**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

**Hábitos**

En la actualidad	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?	<input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Otros			
1 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
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 ó tabaco indique fecha de inicio, fecha de término y causa.

**Peso y estatura**

d. Indicar peso y estatura 1  \_\_\_\_\_ kgs. \_\_\_\_\_ mts. 2  \_\_\_\_\_ kgs. \_\_\_\_\_ mts.

**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)
	1	2	
e. ¿Tiene alguna otra ocupación? Especifique cuál y en qué consisten sus labores.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
f. ¿Ha recibido instrucciones para piloto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, llenar cuestionario de aviación
g. ¿Tiene antecedentes penales? Especifique causas, consecuencias y fecha.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
h. ¿Ha sido rechazado o extraprimado en alguna solicitud de seguro? Especifique causa y cuándo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
i. ¿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).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
j. ¿Alguno de sus padres, hermanos, tíos o abuelos ha padecido diabetes? Especifique quién.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
k. ¿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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
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.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
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.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante 1

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante 2

**Sólo para Cobertura Mujer.** Entiéndase por familia de 1° ó 2° grado: madre, hermanas, tías, primas y/o abuelas.

n. ¿Hay o ha habido en su familia de 1° ó 2° grado cáncer, tumores de glándulas mamarias, ovarios o útero?	Si	No	¿Quién(es)? (parentesco) _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo(s) de cáncer o tumor (órgano afectado) _____ Actualmente se encuentra(n) en tratamiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ñ. ¿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. ¿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?	Si	No	Marca(s) y Cilindrada
	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
t. ¿Viaja en aeronaves particulares?	Si	No	Tipo de aeronave(s) y horas de vuelo
	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
u. ¿Practica algún deporte o afición?	Si	No	
	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**

**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

**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.

\_\_\_\_\_  
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 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 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 GNP.

El(los) Solicitante(s) y/o el Contratante manifiesta(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 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](http://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 [www.gnp.com.mx](http://www.gnp.com.mx). Por lo anterior:

	SI	NO	
Solicitante 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	consiento y autorizo dicho tratamiento
Solicitante 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	consiento y autorizo dicho tratamiento
Contratante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.

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?	¿Tiene algún parentesco con el Solicitante?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<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 Contrato	D.A.	Nombre del Agente
Distribución %	Firma del Agente	
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 (Artículo 24 Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros).

Firma del Agente