

**Solicitud de Seguro de Vida**

Llene con letra de molde

Participación de Utilidades	
<input type="checkbox"/> Con	<input type="checkbox"/> Sin

<b>Esta solicitud es:</b>		<b>Código producto</b>	
<input type="checkbox"/> Nueva	<input type="checkbox"/> Renovación	Número de Póliza _____	
<b>I. Datos del Contratante</b>			
Código Cliente	letras	año	mes
R.F.C.	día	homoclave*	Correo electrónico
Razón Social			
Régimen fiscal del Contratante			
<input type="checkbox"/> Persona Moral <input type="checkbox"/> Persona Física con actividad empresarial <input type="checkbox"/> Otro (Especificar) _____			
Domicilio (calle y número)			Colonia
Municipio o Delegación	Población y/o Estado		C.P.
			Domicilio principal
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
lada	Teléfono (1)	Extensión	lada
			Teléfono (2)
			Extensión
			lada
			Fax
			Extensión
<b>II. Datos Generales de la Póliza</b>			
Moneda	día	mes	año
<input type="checkbox"/> Moneda Nacional	Inicio de vigencia de la póliza a las 12:00		día
	Inicio - Término		mes
			año
<b>III. Datos de Cobro</b>			
Forma de pago		Canales de cobro	
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Única		<input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____	
Número de Carátula (en caso de que aplique)		Nivel de emisión de recibo	
		<input type="checkbox"/> Razón Social <input type="checkbox"/> Subgrupo <input type="checkbox"/> Asegurado	
Datos de quien paga las primas			
<input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Contratante		<input type="checkbox"/> Otro (especificar los siguientes datos, en caso contrario ir a la sección IV)	
Prestación laboral		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Código Cliente	Tipo de Identificación		Número de Identificación
	<input type="checkbox"/> RFC <input type="checkbox"/> INE <input type="checkbox"/> CURP		
Apellido Paterno	Apellido Materno		Nombre(s)/ Razón Social
Correo electrónico		Domicilio (calle y número)	
		Colonia	
Municipio o Delegación	Población y/o Estado		C.P.
			Domicilio principal
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
lada	Teléfono (1)	Extensión	lada
			Teléfono (2)
			Extensión
			lada
			Fax
			Extensión
<b>IV. Datos del Riesgo Asegurable</b>			
Giro del negocio			
Actividades principales del Grupo o Colectividad, incluyendo lugar habitual de labores, uso de herramientas, maquinarias, materiales			
Relación Contratante-Asegurado			
<input type="checkbox"/> Patrón-Emppleado <input type="checkbox"/> Empresa-Cliente <input type="checkbox"/> Asociación-Asociado			
<input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____			

\*si cuenta con ella **En caso de requerir información contáctenos: al 5227 9000 para la Ciudad de México, al 01 800 400 9000 lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx**

Aplicación de la participación de utilidades en caso de haber seleccionado esta opción (De no seleccionarse, se tomará la opción de aplicación al pago de la prima)

- a) Aplicarla al pago de la prima       b) Dejarla en depósito       c) Cobrarla en efectivo  
 Otro (especificar) \_\_\_\_\_

Número de personas que conforman al total del Grupo	Edad promedio	Son asegurables
Hombre _____ Mujer _____ Total _____		Hombre _____ Mujer _____ Total _____

**Características del Grupo Asegurable**

- Empleados     Sindicato     Unión o agrupación de trabajadores     Obreros     Asociación Civil  
 Otra \_\_\_\_\_

Descripción de la posibilidad de Evento Catastrófico con relación a las actividades del Grupo Asegurable

**V. Detalle de Coberturas** (Especificar en caso de haber varias)

Cobertura (s)	Suma Asegurada o regla para determinarla
Cobertura Básica de Fallecimiento (FALL)	

Contribución del Asegurado al pago de Primas: \_\_\_\_\_ %

**Importante** (Información requerida para efectos de los artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y artículos relativos) *-Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx-*

¿Tiene o ha tenido nexos o vínculos con la delincuencia organizada; o ha sido sujeto a procedimiento legal o investigación por los delitos establecidos en el Código Penal Federal relativos a la delincuencia organizada, en territorio nacional o extranjero, por alguna autoridad de México o por alguna autoridad extranjera cuyo gobierno tenga celebrado con México tratado internacional; o ha estado su nombre, alias o apodo, sus actividades, los bienes a asegurar o su nacionalidad, publicados en una lista oficial, nacional o extranjera, relativa a los delitos vinculados con los artículos anteriormente citados?

Contratante

- Sí     No

Esta solicitud deberá ir acompañada del listado de Asegurados que contenga la siguiente información: número de empleado, Apellido Paterno, Apellido Materno, Primer nombre, fecha de nacimiento, sexo, parentesco, así como los cuestionarios médicos en los casos en que resulten aplicables y Acta Constitutiva.

**En caso de querer incluir a personas incapacitadas, se deberá anexar una relación que incluya edad, nombre y causa de la incapacidad.**

**Advertencias**

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 Grupo Nacional Provincial, S.A.B. 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) *-Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx-*

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.

Las exclusiones y limitantes 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 Grupo o bien, llamando al 5227 9000 desde la Ciudad de México o al 01 800 400 9000 desde el Interior de la República.

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

**Datos Personales:**

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP) se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx) en la sección Aviso de Privacidad.

La recepción de datos personales en GNP se efectúa en el entendido de que el Contratante obtuvo previamente el consentimiento de los titulares de dichos datos.

**"Este documento sólo constituye una Solicitud de Seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la Solicitud."**

El Solicitante y/o Contratante declara(n) que le(s) fue entregado y explicado el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que se refiere sus derechos básicos, a las Coberturas, Exclusiones, Indisputabilidad, Cláusulas Generales y/o Particulares las cuales conoce, entiende y acepta como parte integrante del Contrato a que se refiere esta Solicitud en términos del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro *-Precepto legal disponible en [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx)-*. Las Exclusiones y Limitantes pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro y tiene(n)

conocimiento que las Condiciones Generales del Contrato de Seguro también se encuentran en la página [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx), puede(n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando al 5227 9000 desde la Ciudad de México o al 01 800 400 9000 desde el Interior de la República o mediante el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo el Contratante acepta su obligación de entregar los Certificados Individuales y las Condiciones Generales del Contrato de Seguro a cada Asegurado.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con su seguro, le sugerimos ponerse en contacto con la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. ubicada en Avenida Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco, Delegación Coyoacán, C.P.04200, comunicarse a los teléfonos 5227 9000 desde la Ciudad de México o al 01 800 400 9000 desde el Interior de la República, o bien al correo electrónico: [unidad.especializada@gnp.com.mx](mailto:unidad.especializada@gnp.com.mx)

Será una agravación esencial del riesgo, por lo que cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Grupo Nacional Provincial, S.A.B., si el(los) Cliente(s) o Beneficiario(s), en los términos del Art 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Cliente(s), Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista emitida en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o disposición Quincuagésima Sexta de la RESOLUCION 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 *-Precepto(s) legal(es) disponible(s) en [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx)-*.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Aseguradora tenga conocimiento de que el nombre del(de los) Solicitante(s), Beneficiario(s) o Contratante deje de encontrarse en las listas antes mencionadas.

Grupo Nacional Provincial, S.A.B. consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

**Bajo protesta de decir verdad, declaro que el contenido de la presente solicitud es cierta y, bajo el principio de la buena fe, he(hemos) llenado el formato de mi(nuestro) puño y letra.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante/Solicitante

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

**En caso de requerir información contáctenos: al 5227 9000 para la Ciudad de México, al 01 800 400 9000 lada sin costo para el interior de la República o visite [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx)**

Datos del agente		Porcentaje de participación
Clave de agente	Nombre del agente titular de la Póliza	
Clave de agente	Nombre del agente titular de la Póliza	
Clave de agente	Nombre del agente titular de la Póliza	

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.

Bajo protesta de decir verdad, he informado al(los) Solicitante(s), 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 96 Ley Instituciones de Seguros y de Fianzas) *-Precepto legal disponible en gnp.com.mx-*. Asimismo, me consta que el contenido de la misma fue llenado de puño y letra por parte del(los) Solicitante(s) y Contratante.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Contratante  
 (para uso interno de la Compañía)

\_\_\_\_\_  
 Firma del Agente de Seguros

# Informativo

**"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 05 de noviembre de 2010, con el número CNSF-S0043-0995-2010/CONDUSEF-001254-01."**