

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). -Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx-

Por favor, llene la Solicitud con letra de molde y tinta negra. No omita ningún dato ni utilice abreviaturas. Esta Solicitud no será válida si presenta tachaduras o enmendaduras. Los datos del Solicitante Titular: Nombre Completo, R.F.C. con homoclave, CURP y Lugar de residencia son requeridos por 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.

Solicitante 1 - Titular									
Código de cliente ⁺		Primer apellido		Segundo apellido		Nombre(s)			
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		R.F.C. (Con homoclave ⁺)		CURP ⁺		Sexo F ☐ M ☐			
Régimen fiscal									
Ocupación						Peso kg		Estatura m	
País de nacimiento		Entidad federativa de nacimiento		Nacionalidad (Si es distinta a la mexicana)					
No. de serie del certificado digital de la FIEL ¹⁺				Correo electrónico ⁺					
No. de identificación fiscal extranjeros						País que emite			
En el último año, ¿ha desempeñado algún cargo en el gobierno estatal, municipal o federal? Si ☐ No ☐ Cargo y dependencia:									
Domicilio de residencia									
Calle						No. Exterior		No. Interior	
Colonia				C.P.		Municipio o Alcaldía			
Entidad Federativa				País					
Teléfono (Con Lada)				Extensión					
Tipo de identificación [^]		Institución emisora [^]				Folio de la identificación [^]			
Solicitante 2									
Código de cliente ⁺		Primer apellido		Segundo apellido		Nombre(s)			
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		R.F.C. ⁺		Sexo F ☐ M ☐		Parentesco con el Titular			
Ocupación						Peso kg		Estatura m	
Domicilio (Si el Solicitante no vive en el mismo domicilio que el Titular)								C.P.	
Solicitante 3									
Código de cliente ⁺		Primer apellido		Segundo apellido		Nombre(s)			
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		R.F.C. ⁺		Sexo F ☐ M ☐		Parentesco con el Titular			
Ocupación						Peso kg		Estatura m	
Domicilio (Si el Solicitante no vive en el mismo domicilio que el Titular)								C.P.	

[+] Si cuenta con él. [1] Firma Electrónica Avanzada. [^] Datos requeridos solo si el Solicitante Titular es igual al Contratante.

Solicitante 4

Código de cliente*	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	R.F.C.*	Sexo F ☐ M ☐	Parentesco con el Titular
Ocupación	Peso kg	Estatura m	
Domicilio (Si el Solicitante no vive en el mismo domicilio que el Titular)			C.P.

[+] Si cuenta con él.

Ocupación

¿Algún solicitante se dedica o trabaja actualmente en alguna de las siguientes actividades?

	Si ☐	No ☐	No. Solicitante
- Labores administrativas	☐	☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- Operador de maquinaria pesada	☐	☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- Trabaja con explosivos, solventes, productos químicos peligrosos o sustancias radioactivas	☐	☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- Visita o asiste a obras o construcciones	☐	☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- Utiliza, maneja o su trabajo está relacionado con el uso o portación de armas de fuego, seguridad o rescate	☐	☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- Su actividad es agrícola con uso de fertilizantes, pesticidas, herbicidas, etc.	☐	☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- Utiliza motocicleta	☐	☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
- Viaja en aviones particulares más de 40 horas anuales	☐	☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

NOTA: En caso de respuesta afirmativa sobre Motociclismo y Aviación, por favor anexe el Cuestionario correspondiente.

Información adicional

Información de deportes

¿Alguno de los solicitantes practica algún deporte?

No. de solicitante	Deporte ² :	Frecuencia semanal:	Practica profesional (Percibe remuneración):
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		Hasta 3 veces ☐ Más 3 veces ☐	Si ☐ No ☐
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		Hasta 3 veces ☐ Más 3 veces ☐	Si ☐ No ☐
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		Hasta 3 veces ☐ Más 3 veces ☐	Si ☐ No ☐
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		Hasta 3 veces ☐ Más 3 veces ☐	Si ☐ No ☐

Hábitos

No. Solicitante	¿fuma o fumó?	Cantidad y frecuencia:	Ingiere o ingirió drogas:	Tipo de estupefaciente o droga:	Cantidad y frecuencia:
1.-	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐		
2.-	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐		
3.-	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐		
4.-	Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐		

En caso de haber dejado de fumar o haber dejado de consumir drogas indicar el tiempo de no consumo:

Solicitante 1: _____ Solicitante 3: _____
Solicitante 2: _____ Solicitante 4: _____

Información vacuna COVID-19

No. Solicitante	¿Cuenta con la vacuna contra COVID-19?	Nombre de la vacuna:	No. de dosis aplicadas:	Fecha de última dosis: (dd/mm/aaaa)
1.-	Si ☐ No ☐			
2.-	Si ☐ No ☐			
3.-	Si ☐ No ☐			
4.-	Si ☐ No ☐			

[2] Para Automovilismo, Inmersiones Submarinas, Motociclismo, Cacería, Aviación y Paracaidismo, llene el Cuestionario correspondiente.

NOTA: El comprobante de vacunación será óptimo entregarlo en conjunto con la Solicitud de Seguro. En caso de no hacerlo, éste podrá ser solicitado por GNP en cualquier momento al Asegurado. Dicho comprobante aplica para asegurados conforme al Plan Nacional de Vacunación Contra el Virus SARS-CoV-2 (COVID-19 y/o cualquiera de sus variantes) en México o bien en algún otro territorio.

Información médica

En caso de respuesta afirmativa a alguna de las siguientes preguntas médicas, amplíe la información en el siguiente Apartado de esta Sección.

1. ¿Algún Solicitante padece o ha padecido alguna enfermedad como hipertensión arterial, infarto, hepatitis, diabetes, epilepsia, esclerosis, fiebre reumática, SIDA, cáncer, tumores, COVID-19; enfermedades mentales, congénitas, inmunológicas, hematológicas u otras de tipo renal, pulmonar, neurológico o cardiovascular? Si ☐ No ☐
2. ¿Algún Solicitante ha sido hospitalizado o le han hecho alguna cirugía por cualquier enfermedad, accidente, alteración congénita, reconstructiva o estética? Si ☐ No ☐
3. ¿Algún Solicitante padece o ha padecido alguna lesión, enfermedad, padecimiento o trastorno de salud no referida en la pregunta número 1? Si ☐ No ☐
4. ¿Algún Solicitante está en tratamiento de cualquier tipo o tiene programada atención médica o quirúrgica? Si ☐ No ☐

No. Solicitante	No. Pregunta	Nombre del padecimiento o procedimiento	Tipo de evento
			Enfermedad ☐ Accidente ☐ Maternidad ☐ Estético ☐

Fecha de inicio	Tipo de tratamiento
	Quirúrgico ☐ Médico ☐ Psicológico ☐ Rehabilitación ☐ Ninguno ☐ Quimioterapia ☐ En observación ☐ Radioterapia ☐ Trasplante ☐

¿Estuvo hospitalizado?	¿Quedó con alguna complicación?
Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐ ¿Cuál?

¿Actualmente toma algún medicamento?	Estado actual de salud
Si ☐ No ☐ ¿Cuál?	Sano ☐ En tratamiento ☐

No. Solicitante	No. Pregunta	Nombre del padecimiento o procedimiento	Tipo de evento
			Enfermedad ☐ Accidente ☐ Maternidad ☐ Estético ☐

Fecha de inicio	Tipo de tratamiento
	Quirúrgico ☐ Médico ☐ Psicológico ☐ Rehabilitación ☐ Ninguno ☐ Quimioterapia ☐ En observación ☐ Radioterapia ☐ Trasplante ☐

¿Estuvo hospitalizado?	¿Quedó con alguna complicación?
Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐ ¿Cuál?

¿Actualmente toma algún medicamento?	Estado actual de salud
Si ☐ No ☐ ¿Cuál?	Sano ☐ En tratamiento ☐

No. Solicitante	No. Pregunta	Nombre del padecimiento o procedimiento	Tipo de evento
			Enfermedad ☐ Accidente ☐ Maternidad ☐ Estético ☐

Fecha de inicio	Tipo de tratamiento
	Quirúrgico ☐ Médico ☐ Psicológico ☐ Rehabilitación ☐ Ninguno ☐ Quimioterapia ☐ En observación ☐ Radioterapia ☐ Trasplante ☐

¿Estuvo hospitalizado?	¿Quedó con alguna complicación?
Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐ ¿Cuál?

¿Actualmente toma algún medicamento?	Estado actual de salud
Si ☐ No ☐ ¿Cuál?	Sano ☐ En tratamiento ☐

No. Solicitante	No. Pregunta	Nombre del padecimiento o procedimiento	Tipo de evento
			Enfermedad ☐ Accidente ☐ Maternidad ☐ Estético ☐

Fecha de inicio	Tipo de tratamiento
	Quirúrgico ☐ Médico ☐ Psicológico ☐ Rehabilitación ☐ Ninguno ☐ Quimioterapia ☐ En observación ☐ Radioterapia ☐ Trasplante ☐

¿Estuvo hospitalizado?	¿Quedó con alguna complicación?
Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐ ¿Cuál?

¿Actualmente toma algún medicamento?	Estado actual de salud
Si ☐ No ☐ ¿Cuál?	Sano ☐ En tratamiento ☐

Nota: Si requiere más espacio para proporcionar información adicional, solicite un Anexo de Información médica.

Productos Personaliza			
Planes Nacionales	Acceso hospitalario	Nivel de Tabulador Médico	
Seguro Médico GNP Personaliza ☐	Amplio ☐ Esencial ☐	A + 100% ☐	A ☐ C ☐ No Amparado ☐
Conexión GNP Personaliza ☐		A + 50% ☐	B ☐ D ☐
Suma asegurada	Tipo de participación de Deducible	Deducible ⁴	Coaseguro
	Fija ☐ Variable ☐		%
Otros productos			
Planes Conexión ³	Planes Nacionales	Planes Internacionales	Círculo Médico
GNP ☐ Plus ☐	Premium ☐ Platino ☐	VIP ☐ Alta Especialidad ☐ Enlace ☐	Novus VIP ☐ Excelsis ☐ Omnia ☐
Garantía ☐	Flexible ☐ Versátil ☐	LAI ☐ Vínculo Mundial ☐	Novus ☐ Tempus ☐ Sin HM ☐
	Esencial ☐		
Tipo de Suma asegurada y Deducible	Coaseguro	Deducible ⁴	Suma asegurada
Único ☐ Anual ☐	%		
Coberturas adicionales			
Ampliación hospitalaria Nacional ⁵ ☐ Doble Esencial Plus ☐ Esencial Plus ☐			
Alta tecnología y medicina de vanguardia ⁵ ☐ Enfermedades catastróficas en el extranjero ☐ Reducción de deducible ☐			
Cero deducible por Accidente ☐ Eliminación de deducible por Accidente ☐ por Accidente ☐			
Cláusula Familiar ☐ Emergencia Médica en el Extranjero ☐			
Solicitante para la Cobertura de Atención en el extranjero ⁵ :			
☐ 1 Suma asegurada: _____	Deducible: _____	Coaseguro: _____	
☐ 2 Suma asegurada: _____	Deducible: _____	Coaseguro: _____	
☐ 3 Suma asegurada: _____	Deducible: _____	Coaseguro: _____	
☐ 4 Suma asegurada: _____	Deducible: _____	Coaseguro: _____	
Ampliación hospitalaria definida a:			
Solicitante y Suma asegurada para Maternidad Plus Personaliza ⁵	1 ☐ _____	2 ☐ _____	3 ☐ _____ 4 ☐ _____
Solicitante Ayuda para maternidad plus	1 ☐	2 ☐	3 ☐ 4 ☐
Solicitante para GNP Cuida tu Salud ⁵	1 ☐	2 ☐	3 ☐ 4 ☐
Solicitante y Suma asegurada para Respaldo hospitalario	1 ☐ _____	2 ☐ _____	3 ☐ _____ 4 ☐ _____
Solicitante relacionado para Respaldo por fallecimiento	1 ☐	2 ☐	3 ☐ 4 ☐

[3] En caso de contratar Plan Conexión, dentro de esta misma sección deberá seleccionar las características que tendrá el plan garantizado. [4] Para planes Internacionales deberá especificar Deducible nacional e Internacional. Para Versátil y Seguro Médico GNP Personaliza con participación variable deberá indicar el Deducible del máximo Nivel hospitalario. [5] Aplica para los productos personaliza.

Detalle para planes Conexión			
Suma asegurada Póliza Colectiva: _____		Aseguradora Póliza Colectiva: _____	
Deducible en exceso (Para Conexión GNP) _____		Compañía actual en la que labora: _____	
Detalle para Alta Especialidad			
Suma asegurada: _____		Deducible: _____	
¿Cuenta con una Póliza de Gastos Médicos de GNP?			
Tipo de póliza: Individual ☐ Colectiva ☐		Número de póliza: _____	
Detalle para Vínculo Mundial			
Estancia en el extranjero:		Tipo de viaje:	
Fecha inicio: _____		Fecha fin: _____	
Solidez Familiar Riesgo selecto			
Si ☐ No ☐	Solicitante 1	Si ☐ No ☐ Folio: _____	Solicitante 3
	Solicitante 2	Si ☐ No ☐ Folio: _____	Solicitante 4
			Si ☐ No ☐ Folio: _____

ADVERTENCIA: En el caso de 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 nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría 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.

Declaración de Beneficiarios en caso de solicitar las coberturas de Respaldo hospitalario y/o Respaldo por fallecimiento. Si alguno de los solicitantes será nombrado como beneficiario, omita Domicilio y fecha de nacimiento. En caso contrario, proporcione la información completa del nuevo beneficiario.

Declaración de beneficiarios			
No. de solicitante que designa	Beneficiario: Primer apellido, Segundo apellido y Nombre(s)	Cobertura	Fecha de nacimiento
1 0 2 0 3 0 4 0		RF 0 ____ % RH 0 ____ %	dd/mm/aaaa
	Domicilio (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Alcaldía o Municipio y Estado)		Parentesco
No. de solicitante que designa	Beneficiario: Primer apellido, Segundo apellido y Nombre(s)	Cobertura	Fecha de nacimiento
1 0 2 0 3 0 4 0		RF 0 ____ % RH 0 ____ %	dd/mm/aaaa
	Domicilio (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Alcaldía o Municipio y Estado)		Parentesco
No. de solicitante que designa	Beneficiario: Primer apellido, Segundo apellido y Nombre(s)	Cobertura	Fecha de nacimiento
1 0 2 0 3 0 4 0		RF 0 ____ % RH 0 ____ %	dd/mm/aaaa
	Domicilio (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Alcaldía o Municipio y Estado)		Parentesco

Viajes			
¿Algún solicitante viajará al extranjero en los próximos 6 meses con permanencia mayor a 3 meses?			
No. Solicitante	Fecha inicio:	Fecha fin:	Destino:
1 0 2 0 3 0 4 0			
1 0 2 0 3 0 4 0	Fecha inicio:	Fecha fin:	Destino:

Otros beneficios			
¿Requiere conversión a individual?			
No. Solicitante	Póliza colectiva:	Certificado(s):	
1 0 2 0 3 0 4 0			
1 0 2 0 3 0 4 0	Póliza colectiva:	Certificado(s):	
¿Requiere reducción de periodos de espera?			
No. Solicitante	Nombre de la Compañía procedente: ⁶		
1 0 2 0 3 0 4 0			
1 0 2 0 3 0 4 0	Nombre de la Compañía procedente: ⁶		

[6] En caso de que la Compañía procedente no sea Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP), anexe la copia de la Póliza vigente y Recibo de Pago a esta Solicitud.

Conteste esta sección **si el Contratante es distinto al Solicitante Titular y/o el domicilio fiscal del Titular es distinto al lugar de residencia**. Los datos del Contratante: Nombre Completo, R.F.C. con homoclave, CURP y Domicilio Fiscal, son requeridos por 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. **Es importante que los datos coincidan con lo registrado ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT).**

Contratante				
Persona física				
Código de cliente ⁺	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	R.F.C. (Con homoclave)	CURP ⁺	Sexo F ☐ M ☐	
Régimen fiscal				
Ocupación				
País de nacimiento	Entidad federativa de nacimiento	Nacionalidad (Si es distinta a la mexicana)		
No. serie del certificado digital de la FIEL ¹⁺		Correo electrónico ⁺		
No. de identificación fiscal extranjeros		País que emite		
En el último año, ¿ha desempeñado algún cargo en el gobierno estatal, municipal o federal? Si ☐ No ☐ Cargo y dependencia:				
Tipo de identificación	Institución emisora	Folio de la identificación		
Persona moral				
Código de cliente ⁺	Razón social	Giro o actividad de la empresa		
Fecha de constitución (dd/mm/aaaa)	R.F.C. (Con homoclave)	Folio mercantil	Nacionalidad de la empresa	
Régimen fiscal				
Régimen de capital				
No. serie del certificado digital de la FIEL ¹⁺		Correo electrónico ⁺	Página de internet ⁺	
No. de identificación fiscal extranjeros		País que emite		
Nombre del representante legal (Primer apellido, segundo apellido y nombre[s])			Nacionalidad (Si es distinta a la mexicana)	
Tipo de identificación	Institución emisora	Folio de la identificación		

[+] Si cuenta con él. [1] Firma Electrónica Avanzada.

Contratante (Continuación)			
Persona moral (Continuación)			
DATOS DE PERSONAS FÍSICAS QUE EJERCEN EL CONTROL DE LA SOCIEDAD (siempre y cuando el monto de la prima rebase los 7,500 USD)			
¿La persona moral o su subsidiaria, de la cual posee más del 50% del capital, cotiza en la Bolsa Mexicana de Valores o en mercados de valores del exterior reconocidos?	Si ☐ No ☐	En caso de que alguna de las respuestas sea positiva, podrá omitir el llenado del siguiente recuadro	
¿La persona moral está constituida legalmente en el extranjero?	Si ☐ No ☐		
DATOS DE LAS PERSONAS FÍSICAS QUE EJERCEN EL CONTROL DE LA SOCIEDAD (que posean o controlen, directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior al 25% del capital o de los derechos de voto) O EN SU DEFECTO, DEL DIRECTOR GENERAL O DEL ADMINISTRADOR UNICO			
Apellido paterno, apellido materno y nombre(s)	Fecha de nacimiento		% de participación / Administrador / Director general
DECLARATIVA DEL REPRESENTANTE LEGAL			
Manifiesto que los datos proporcionados en el apartado anterior son reales y se encuentran actualizados, si cambian durante la vigencia de la póliza, me obligo a informar de manera inmediata a GNP.			
Nombre completo y firma del cliente, contratante, asegurado o representante legal.			
Domicilio de residencia			
Calle	No. Exterior		No. Interior
Colonia	C.P.	Municipio o Alcaldía	
Entidad Federativa	País		
Teléfono (Con Lada)	Extensión		
Domicilio fiscal (en caso de que sea distinto al domicilio de residencia)			
Calle	No. Exterior		No. Interior
Colonia	C.P.	Municipio o Alcaldía	
Entidad Federativa	País		
Teléfono (Con Lada)	Extensión		

Cobranza

Forma de pago Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual ☐ Única ☐		Vía de pago Cargo a Tarjeta ☐ Domiciliación ☐ Intermediario ☐	Tipo de cuenta / tarjeta Tarjeta de Crédito ☐ Tarjeta de Débito ☐ CLABE ☐
Número de tarjeta/cuenta	Fecha de vencimiento (mm/aaaa)	Banco	
¿El contratante es igual al Titular de la cuenta/tarjeta? Si ☐ No ☐ Nombre del Titular:			
¿Parentesco del contratante con el Titular de la cuenta/tarjeta?			

[7] Solo aplica con cargos automáticos. [8] Solo aplica para Vínculo Mundial con vigencia menor a un 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. Cuando la transacción sea con cargo a tarjeta de débito o crédito, cuenta bancaria, o mediante transferencia o depósito bancario, el estado de cuenta, recibo, comprobante, folio o número de confirmación de la transacción que corresponda hará prueba plena del pago hasta en tanto GNP entregue el comprobante de pago correspondiente.

“Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, 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.”

Cierre de negocio

DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE (Leer antes de firmar)

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.

Autorizo a los médicos, hospitales o clínicas que me hayan asistido o llegaran a asistir, o a los que hubiera tenido acceso o llegara a acceder para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad y, para el efecto, relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional, aceptando que se proporcione a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., la información requerida.

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, a su vez, a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. para que 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 que pueda evaluar cualquier otra propuesta de contratación de seguro del ramo que le sea solicitada por mi persona y en ningún momento para fines de comercialización o mercadotecnia de productos o servicios.

La información señalada en este apartado, podrá ser requerida por Grupo Nacional Provincial, S.A.B. en cualquier momento para la valoración de esta solicitud y en caso de la aceptación del riesgo, para la valoración de la procedencia de los siniestros relacionados con su Contrato de seguro. Asimismo, reconozco que los padecimientos preexistentes no quedarán cubiertos en la Póliza, aunque sean declarados en la presente Solicitud, considerando este documento como parte integrante de mi Contrato para todos los efectos a que haya lugar.

Se consideran padecimientos preexistentes, de acuerdo a las Condiciones generales, apartado de Definiciones, aquellos que hayan sido declarados antes de la celebración del Contrato, y/o; que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, a través del diagnóstico de un médico legalmente autorizado, y/o; que sean diagnosticados con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o; por el que previamente a la fecha de celebración del Contrato, el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento que se trate.

Estoy de acuerdo que, en caso de ser aceptada esta Solicitud, la Póliza y la versión actual de la misma forman parte y constituyen prueba del Contrato de seguro celebrado entre el Solicitante Titular y/o Contratante y Grupo Nacional Provincial, S.A.B.

Declaro bajo protesta de decir verdad que el Solicitante Titular o Contratante descritos en este documento, actúan por cuenta propia y que la contratación se realiza con recursos propios, los cuales tienen un origen lícito.

Cierre de negocio (continuación)

El Solicitante y/o Contratante declara(n) que le(s) fue explicado el contenido de las Condiciones generales del Contrato de seguro, que aplicarán en caso de la aceptación del riesgo por parte de GNP Seguros, mismas que han sido entregadas a la firma de esta solicitud.

Asimismo, las exclusiones y limitantes pueden ser consultadas en las Condiciones generales del Contrato de seguro solicitado que se encuentran en la página gnp.com.mx, o bien puede(n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando a nuestra línea directa de atención a clientes, Línea GNP al 55 5227 9000.

Consentimiento para la entrega de la documentación contractual

Otorgo mi consentimiento para que la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro, me sea entregada a través de la vía digital.

Si consiento () No consiento ()

Por lo anterior, autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B.(GNP), a realizar la entrega de la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro en formato PDF (Portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a la cuenta de correo electrónico:

Datos personales y consentimiento

Reconozco que previo a proporcionar mis datos personales, incluyendo los del (los) menor(es) de edad de los cuales ostentó la patria potestad y/o debida representación legal o tutela (en caso de aplicar), se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial S.A.B., (en lo sucesivo GNP) el cual he leído y comprendido; por lo que declaro tener conocimiento de (i) la identidad y domicilio de GNP; (ii) los datos personales que serán sujetos a tratamiento; (iii) las finalidades primarias y secundarias del tratamiento, así como las transferencias que van a efectuarse; (iv) los medios habilitados para limitar el uso o divulgación de mis datos personales y/o revocar mi consentimiento, así como para ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Asimismo manifiesto tener conocimiento que puedo consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página gnp.com.mx.

Por lo anterior, y una vez que he sido informado sobre el tratamiento al que serán sujetos los datos personales de identificación, patrimoniales y sensibles, en mi carácter de Titular otorgo mi consentimiento expreso y por escrito de manera libre, inequívoca e informada, para que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (en adelante GNP) los trate en términos de lo señalado en el referido Aviso de Privacidad, así mismo para que los transfiera a mi agente de seguros o corredor que intermedio mi póliza (en adelante El Agente) a través de los medios de contacto que hayan sido proporcionados a la aseguradora relacionados con el contrato de seguro con la finalidad de dar cumplimiento a la relación jurídica con GNP.

En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento o de quien(es) ostente(n) la patria potestad y/o debida representación legal o tutela, así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta. Entiendo que el consentimiento para el tratamiento de los datos personales no será necesario cuando la finalidad del tratamiento sea cumplir obligaciones derivadas de la relación jurídica que en su caso se establezca.

Asimismo, declaro que se me informó que, con la autorización de la transferencia de mis datos personales mencionados, El Agente será responsable de dicho tratamiento y quien deberá informarme a través de su Aviso de Privacidad, el tratamiento que le dará a los mismos.

Solicitante Titular (y de su Representante Legal si es menor de edad)	Contratante (Solo si es diferente al Solicitante Titular)
Nombre y firma	Nombre y firma

Sección exclusiva para el Agente

¿Desde cuándo conoce al solicitante? (mm/aaaa)				¿Recomienda al Solicitante? Si lo recomiendo ☐ No lo recomiendo ☐	
El Agente que suscribe, realizó una entrevista personal con el Contratante o Representante Legal que solicita el presente Seguro con la finalidad de identificarse con los datos proporcionados más adelante, obtener los datos personales que fueron asentados en esta Solicitud y validar la identificación oficial exhibida por el Contratante o Representante Legal.					
Bajo protesta de decir verdad, he entregado el Folleto de los Derechos Básicos, he informado al(los) Solicitante(s) de manera clara, amplia y detallada sobre el alcance real de las coberturas, las principales características del producto, la forma de conservarlo o darlo por terminado, su vigencia, los términos establecidos en el Contrato, su renovación y las consecuencias de la rehabilitación. (Artículo 96 Ley Instituciones de Seguros y de Fianzas).-Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx-					
Asimismo, declaro:					
1. Haber verificado la veracidad de los datos proporcionados y que se han incluido en este formato, siendo llenado de puño y letra mismos que cotejé con los documentos originales que tuve a la vista y que me fueron exhibidos por parte del(los) Solicitante(s) y Contratante.					
2. Que los siguientes datos se encuentran actualizados, verificados y proporcionados correctamente.					
CUA	Contrato	Folio	D.A.	Nombre del Agente	Distribución
					%
					%
Número de cédula		Vigencia de la cédula (mm/aaaa)		Tipo de autorización del Agente	
Domicilio del Agente donde realiza sus actividades					
Fecha (dd/mm/aaaa)				Firma del Agente	

UNE

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 Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04200, por los siguientes medios: Llamando al teléfono 55 5227 9000 para la Ciudad de México e Interior de la República o Enviando correo electrónico a la dirección: unidad.especializada@gnp.com.mx; o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P.03100, al teléfono 55 5340 0999 para la Ciudad de México e Interior de la República, al correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o visite la página condusef.gob.mx.

Firmas

Bajo protesta de decir verdad y por el principio de la buena fe, en mi carácter de Solicitante Titular y/o Contratante y en representación de los Solicitantes, declaro que el contenido de la presente solicitud es cierta y estoy de acuerdo en que con base a lo declarado la Aseguradora valorará el riesgo a contratar.

Solicitante Titular (y de su Representante Legal si es menor de edad)	Contratante (Solo si es diferente al Solicitante)
Nombre y firma	Nombre y firma

“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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de mayo de 2025, con el número CGEN-S0043-0036-2025/CONDUSEF-G-00716-14”.