Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Av. Cerro de las Torres No. 395
Col. Campestre Churubusco
C.P. 04200, Ciudad de México
R.F.C. GNP9211244P0

SOLICITUD DE SEGURO GASTOS MÉDICOS

FECHA (dd/mm/aaaa)

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 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.

SOLICITANTE 1 - TITULAR

CÓDIGO DE CLIENTE[+]	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	R.F.C. (Con homoclave[+])	CURP [+]	GÉNERO
			○F ○M

PAÍS DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (Si es distinta a la mexicana)	OCUPACIÓN	PESO	ESTATURA
			kg	m

NO. SERIE DEL CERTIFICADO DIGITAL DE LA FIEL[1+]	CORREO ELECTRÓNICO [+]

EN EL ÚLTIMO AÑO, ¿HA DESEMPEÑADO ALGÚN CARGO EN EL GOBIERNO ESTATAL, MUNICIPAL O FEDERAL?
○Si ○No Cargo y Dependencia:

CALLE	NO. EXTERIOR	NO. INTERIOR

COLONIA	C.P.	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.[+]	GÉNERO	PARENTESCO CON EL TITULAR
		○F ○M	

OCUPACIÓN	PESO	ESTATURA
	kg	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.[+]	GÉNERO	PARENTESCO CON EL TITULAR
		○F ○M	

OCUPACIÓN	PESO	ESTATURA
	kg	m

DOMICILIO (Si el Solicitante no vive en el mismo domicilio que el Titular)	C.P.

SOLICITANTE 4

CÓDIGO DE CLIENTE[+]	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	R.F.C.[+]	GÉNERO	PARENTESCO CON EL TITULAR
		○F ○M	

OCUPACIÓN	PESO	ESTATURA
	kg	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.

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Av. Cerro de las Torres No. 395
Col. Campestre Churubusco
C.P. 04200, Ciudad de México
R.F.C. GNP9211244P0

OCUPACIÓN

¿ALGÚN SOLICITANTE SE DEDICA O TRABAJA ACTUALMENTE EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?

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

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

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿ALGÚN SOLICITANTE PRACTICA ALGÚN DEPORTE DE MANERA AMATEUR?

No. Solicitante		
○1 ○2 ○3 ○4	Deporte:_____	○Hasta 3 veces a la semana ○Más de 3 veces a la semana
○1 ○2 ○3 ○4	Deporte:_____	○Hasta 3 veces a la semana ○Más de 3 veces a la semana
○1 ○2 ○3 ○4	Deporte:_____	○Hasta 3 veces a la semana ○Más de 3 veces a la semana
○1 ○2 ○3 ○4	Deporte:	○Hasta 3 veces a la semana ○Más de 3 veces a la semana

¿ALGÚN SOLICITANTE PRACTICA ALGÚN DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL? (QUE PERCIBE ALGUNA REMUNERACIÓN)

No. Solicitante	
○1 ○2 ○3 ○4	Deporte:_____
○1 ○2 ○3 ○4	Deporte:

¿ALGÚN SOLICITANTE CONSUME O HA CONSUMIDO ALGÚN TIPO DE ESTUPEFACIENTE O DROGA?	¿ALGUNA DE LAS SOLICITANTES ESTÁ ACTUALMENTE EMBARAZADA? (Exclusivo para mujeres a partir de los 15 años)
○Si ○No | No. Solicitante ○1 ○2 ○3 ○4	○Si ○No | No. Solicitante ○1 ○2 ○3 ○4

NOTA: Para Automovilismo, Inmersiones Submarinas, Motociclismo, Cacería, Aviación y Paracaidismo, llene el Cuestionario correspondiente.

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, 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 o accidente o alteración congénita o reconstructiva o estética?	○Si ○No
3. ¿Algún Solicitante padece o ha padecido alguna otra enfermedad, trastorno o padecimiento de salud no referida en la pregunta número 1 y está en tratamiento o tiene programada atención médica o quirúrgica?	○Si ○No

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Av. Cerro de las Torres No. 395
Col. Campestre Churubusco
C.P. 04200, Ciudad de México
R.F.C. GNP9211244P0

INFORMACIÓN MÉDICA (Continuación)

NO. SOLICITANTE	NO. PREGUNTA	NOMBRE DEL PADECIMIENTO	TIPO DE EVENTO
			○Enfermedad ○Accidente

FECHA DE INICIO	TIPO DE TRATAMIENTO			
	○Quirúrgico	○Médico	○Psicológico	○Rehabilitación
	○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	TIPO DE EVENTO
			○Enfermedad ○Accidente

FECHA DE INICIO	TIPO DE TRATAMIENTO			
	○Quirúrgico	○Médico	○Psicológico	○Rehabilitación
	○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	TIPO DE EVENTO
			○Enfermedad ○Accidente

FECHA DE INICIO	TIPO DE TRATAMIENTO			
	○Quirúrgico	○Médico	○Psicológico	○Rehabilitación
	○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	TIPO DE EVENTO
			○Enfermedad ○Accidente

FECHA DE INICIO	TIPO DE TRATAMIENTO			
	○Quirúrgico	○Médico	○Psicológico	○Rehabilitación
	○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.

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Av. Cerro de las Torres No. 395
Col. Campestre Churubusco
C.P. 04200, Ciudad de México
R.F.C. GNP9211244P0

PLAN A CONTRATAR

PLANES INTERNACIONALES
○ VIP ○ Internacional
○ Vínculo Mundial
○ Alta Especialidad

PLANES NACIONALES
○ Premium ○ Platino ○ Flexible Índigo
○ Flexible Ámbar ○ Flexible Cuarzo ○ Esencial 200
○ Esencial 300 ○ Versátil

SOLIDEZ FAMILIAR [2]
○ Si ○ No

PLANES CONEXIÓN
○ Garantía ○ Plus

CÍRCULO MÉDICO [3]
○ Novus VIP ○ Novus ○ Excelsis ○ Tempus
○ Omnia ○ Decus ○ Certum ○ SIN H.M.

RIESGO SELECTO [4]
○ Si ○ No

SUMA ASEGURADA [5]
$

TIPO DE SUMA ASEGURADA
○ Única [6] ○ Anual por Padecimiento [6] ○ Anual por Año Calendario [9]

DEDUCIBLE
$

TIPO DE DEDUCIBLE
○ Única [6] ○ Anual por Padecimiento [6] ○ Anual por Año Calendario [9]

COASEGURO
%

DETALLE PARA VÍNCULO MUNDIAL
Fecha inicio: Fecha fin:

DETALLE PARA VERSÁTIL (Nivel hospitalario)
○ 100 ○ 200 ○ 300 ○ 400

DETALLE PARA CONEXIÓN LÍNEA AZUL [7]
Plan Individual Garantizado: | Deducible Garantizado:$ | Suma Asegurada Póliza Colectiva:$
Aseguradora de la Póliza Colectiva: | Compañia actual en la que labora:

DETALLE PARA ALTA ESPECIALIDAD
Suma Asegurada: [8] $ | Deducible: [8] $ | Número de Póliza de GNP+: | ○ Individual ○ Colectivo

DETALLE PARA RIESGO SELECTO

No. Solicitante		No. Solicitante	
○1 ○2 ○3 ○4	Folio de Riesgo Selecto:	○1 ○2 ○3 ○4	Folio de Riesgo Selecto:
○1 ○2 ○3 ○4	Folio de Riesgo Selecto:	○1 ○2 ○3 ○4	Folio de Riesgo Selecto:

[2] El esquema de Solidez Familiar no aplica para VIP, Conexión, Versátil y Vínculo Mundial. **[3]** Para Planes Internacionales sólo aplica Círculo Médico Novus VIP, Novus, Excelsis y Tempus. Para Plan Versátil sólo aplica Cículo Médico Tempus y Omnia. Para Vínculo Mundial y Alta Especialidad no aplica Círculo Médico, la opción "SIN H.M." (Sin Honorarios Médicos), esta disponible sólo para los planes Premium, Platino y Flexible. **[4]** El beneficio de Riesgo Selecto Aplica sólo para Solicitantes de la Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey que lleven a cabo el proceso establecido para la aplicación del Cuestionario y de los estudios correspondientes para evaluar su estado de salud. **[5]** La suma asegurada no es necesaria para Vínculo Mundial. **[6]** El tipo de suma asegurada y tipo de deducible sólo aplican para Planes Premium, Platino y Flexible. **[7]** Todos los Solicitantes de Conexión deberán estar amparados por la misma Póliza Colectiva. En caso de reclamación, se tomará como deducible la suma asegurada que se refleje en la Póliza Colectiva en ese momento. **[8]** Datos necesarios sólo si adicional al Plan Alta Especialidad, requiere la contratación de un plan nacional, en la misma Solicitud. **[9]** El tipo de suma asegurada y tipo de deducible sólo aplican para VIP y LAI. **[+]** Si cuenta con ella.

COBERTURAS ADICIONALES

○ CECE - Enfermedades Catastróficas en el Extranjero
(Excepto Vínculo Mundial y Alta Especialidad)
○ CRH - Respaldo Hospitalario
(Excepto Conexion y Alta Especialidad)
○ CRF - Respaldo por Fallecimiento
(Excepto Conexion y Alta Especialidad)
○ CF - Cláusula Familiar
(Excepto Conexion y Alta Especialidad)
○ CCDA - Cero Deducible por Accidente
(Excepto Conexión, Versátil, Vínculo Mundial y Alta Especialidad)
○ CAHD - Ampliación Hospitalaria Definida
(Aplica solo para Flexible y Conexión Plan Garantía Flexible)
○ CRDA - Reducción de Deducible por Accidente
(Aplica solo para Versátil)
○ CEE - Emergencia en el Extranjero
(Aplica solo para Esencial, Versátil, Conexión y Vínculo Mundial)
○ CEP - Esencial Plus
(Aplica solo para Esencial)
○ CDEP - Doble Esencial Plus
(Aplica solo para Esencial)

DETALLE PARA COBERTURAS ADICIONALES
CRH - Indemnización Diaria por Hospitalización:$ | CAHD - Ampliación Hospitalaria Definida a:

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

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.

Si alguno de los solicitantes será nombrado como beneficiario, especifique número de solicitante principal, número de solicitante beneficiario, cobertura y porcentaje asignado. En caso contrario, proporcione la información del nuevo beneficiario.

BENEFICIARIOS

SOLICITANTE RELACIONADO	COBERTURA RH	COBERTURA RF
○1 ○2 ○3 ○4	○1 ___ % ○2 ___ % ○3 ___ % ○4 ___ %	○1 ___ % ○2 ___ % ○3 ___ % ○4 ___ %
○1 ○2 ○3 ○4	○1 ___ % ○2 ___ % ○3 ___ % ○4 ___ %	○1 ___ % ○2 ___ % ○3 ___ % ○4 ___ %

SOLICITANTE RELACIONADO	COBERTURA	
○1 ○2 ○3 ○4	RH ___ %	RF ___ %

CÓDIGO DE CLIENTE[+]	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DOMICILIO (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Delegación o Municipio y Estado)	C.P.
(dd/mm/aaaa) ___ ___ ___	○F ○M		___ ___ ___ ___ ___

VIAJES

¿ALGÚN SOLICITANTE VIAJARÁ AL EXTRANJERO EN LOS PRÓXIMOS 6 MESES CON PERMANENCIA MAYOR A 3 MESES?

No. Solicitante			
○1 ○2 ○3 ○4	Fecha inicio: ___ ___ ___	Fecha fin: ___ ___ ___	Destino: ___
○1 ○2 ○3 ○4	Fecha inicio: ___ ___ ___	Fecha fin: ___ ___ ___	Destino: ___

OTROS BENEFICIOS

CONVERSIÓN A INDIVIDUAL

No. Solicitante		
○1 ○2 ○3 ○4	Póliza colectiva: ___	Certificado(s): ___
○1 ○2 ○3 ○4	Póliza colectiva: ___	Certificado(s): ___

REDUCCIÓN DE PERIODOS DE ESPERA

No. Solicitante	
○1 ○2 ○3 ○4	Nombre de la Compañía procedente: [9] ___
○1 ○2 ○3 ○4	Nombre de la Compañía procedente: [9] ___

[9] 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.**[+]** Si cuenta con él.

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

Conteste esta sección **sólo si el Contratante es distinto al Solicitante Titular.** 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.

CONTRATANTE

PERSONA FÍSICA

CÓDIGO DE CLIENTE[+]	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	R.F.C. (Con homoclave)	CURP [+]	GÉNERO ○F ○M

PAÍS DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (Si es distinta a la mexicana)	OCUPACIÓN

NO. SERIE DEL CERTIFICADO DIGITAL DE LA FIEL[1+]	CORREO ELECTRÓNICO [+]

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

NO. SERIE DEL CERTIFICADO DIGITAL DE LA FIEL[1+]	CORREO ELECTRÓNICO [+]	PÁGINA DE INTERNET [+]

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (Primer apellido, segundo apellido y nombre[s])	NACIONALIDAD (Si es distinta a la mexicana)

DOMICILIO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	INSTITUCIÓN EMISORA	FOLIO DE LA IDENTIFICACIÓN

CALLE	NO. EXTERIOR	NO. INTERIOR

COLONIA	C.P.	TELÉFONO (Con Lada)	EXTENSIÓN

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

COBRANZA

FORMA DE PAGO	VÍA DE PAGO	TIPO DE CUENTA/TARJETA
○Anual ○Semestral ○Trimestral ○Mensual[10] ○Única[11]	○Cargo a Tarjeta ○Domiciliación ○Intermediario	○Tarjeta de Crédito ○Tarjeta de Débito ○CLABE

NÚMERO DE TARJETA/CUENTA	ID	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?

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 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.

[10] Solo aplica con cargos automáticos. **[11]** Solo aplica para Vínculo Mundial con vigencia menor a un año.

"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."

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

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.
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-.
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.
Será una agravación esencial del riesgo, por lo que cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, 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) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o su(s) nacionalidad(es) 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 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. -Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx-. En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la aseguradora tenga conocimiento de que el nombre del(los) Solicitante(s), Beneficiario(s) o Contratante(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.
La Compañía pondrá a disposición 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 puesta a disposición de la autoridad correspondiente.
Por lo anterior, en mi carácter de Solicitante Titular y/o Contratante y en representación de los Solicitantes, bajo protesta de decir verdad, declaro que todos los hechos aquí mencionados son verídicos y estoy de acuerdo en que con base en ellos, la Aseguradora valorará el riesgo a contratar.
Autorizo a los médicos, hospitales o clínicas que me hayan asistido, o a los que haya accesado 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. Esta información puede ser requerida al momento de presentar este documento, en caso de fallecimiento o en cualquier momento en que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. lo considere oportuno. 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.

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Av. Cerro de las Torres No. 395
Col. Campestre Churubusco
C.P. 04200, Ciudad de México
R.F.C. GNP9211244P0

CIERRE DE NEGOCIO (Continuación)

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 la contratación descrita en la presente Solicitud se realiza con recursos propios, de origen lícito y únicamente en beneficio del Solicitante Titular y/o Contratante descrito en este documento. Lo anterior de conformidad con las Disposiciones en materia de Prevención de Lavado de Dinero o en materia de Identificación de Clientes, según corresponda.

NOTA: Si ha estado asegurado con otras Compañías y requiere reducir o eliminar los Periodos de Espera, anexe a esta Solicitud la Carátula de la Póliza en donde se indique la antigüedad de cada Asegurado, Condiciones de Aseguramiento y el Comprobante de Pago de la misma.

"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 a sus derechos básicos, Coberturas, Exclusiones, Periodos de Espera, Cláusulas Generales y/o Particulares las cuales conoce(n), entiende(n) y acepta(n) como parte integrante del Contrato a que se refiere este documento en términos del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro (Precepto legal disponible en 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, puede(n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros o llamando al 5227-9000 desde la Ciudad de México o al 01 800 400 9000 desde el Interior de la República."

CONSENTIMIENTO

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial S.A.B. (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:

SOLICITANTE TITULAR (y de su Representante Legal si es menor de edad)	CONTRATANTE (Solo si es diferente al Solicitante)
○ Si consiento dicho tratamiento ○ No consiento dicho tratamiento	○ Si consiento dicho tratamiento ○ No consiento 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 TITULAR

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 realtivos -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?

	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
Solicitante 1	[ ]	[ ]	Solicitante 2	[ ]	[ ]	Solicitante 3	[ ]	[ ]	Solicitante 4	[ ]	[ ]

AGENTE(S)

CUA	CONTRATO	FOLIO	D.A.	NOMBRE DEL AGENTE	DISTRIBUCIÓN	FIRMA DEL AGENTE
					%	
					%	

¿DESDE CUÁNDO CONOCE AL SOLICITANTE? (mm/aaaa)	¿RECOMIENDA AL SOLICITANTE, TANTO POR SU ASPECTO SALUDABLE COMO POR SU MORALIDAD, HÁBITOS Y REPUTACIÓN?
	○ 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 obtener los datos personales que fueron asentados en esta Solicitud y validar la identificación oficial exhibida por éste.

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 haber verificado la veracidad de los datos proporcionados y que se han incluido en este formato, siendo llenado de puño y letra por parte del(los) Solicitante(s) y Contratante.

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, 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: unidades@gnp.com.mx

FIRMAS

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.

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 seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 4 de enero de 2017, con el número CGEN-S0043- 0001-2017."