

Solicitud de Seguro

Favor de llenar esta solicitud con letra de molde y tinta negra. No omita ningún dato. No utilice abreviaturas. Esta solicitud no será válida si presenta tachaduras o enmendaduras.

Fecha		
día	mes	año

I. Datos del solicitante titular										
1		Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Código cliente (si cuenta con él)		
R.F.C.		letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	CURP (si cuenta con ella)		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)
Estado civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL		Ocupación actual				Actividad o giro del negocio donde trabaja				
¿El solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años?						<input type="checkbox"/> Sí Definir cargo: <input type="checkbox"/> No		Correo electrónico (si cuenta con él)		
Domicilio particular										
Calle							No. exterior		No. interior	
Colonia							C.P.			
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País		clave lada	Teléfono	
¿Qué deportes practica?						<input type="checkbox"/> No profesional <input type="checkbox"/> Profesional		Indique la frecuencia de la práctica No. de veces <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual		
Estatura y peso _____ mts. _____ kgs.	¿Fuma o fumó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántos cigarros o puros al día?	¿Cuándo dejó de fumar?	¿Consumo o consumió bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad en copas _____	Frecuencia <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual	¿Consumo o ha consumido algún tipo de estupefaciente o droga? Especifique <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
II. Datos de los solicitantes										
2		Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Código cliente (si cuenta con él)		
R.F.C.		letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Ocupación actual (si es mayor de edad)	Parentesco con el Asegurado titular
¿Qué deportes practica?						<input type="checkbox"/> No profesional <input type="checkbox"/> Profesional		Indique la frecuencia de la práctica No. de veces <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual		
Estatura y peso _____ mts. _____ kgs.	¿Fuma o fumó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántos cigarros o puros al día?	¿Cuándo dejó de fumar?	¿Consumo o consumió bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad en copas _____	Frecuencia <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual	¿Consumo o ha consumido algún tipo de estupefaciente o droga? Especifique <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
3		Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Código cliente (si cuenta con él)		
R.F.C.		letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Ocupación actual (si es mayor de edad)	Parentesco con el Asegurado titular
¿Qué deportes practica?						<input type="checkbox"/> No profesional <input type="checkbox"/> Profesional		Indique la frecuencia de la práctica No. de veces <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual		
Estatura y peso _____ mts. _____ kgs.	¿Fuma o fumó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántos cigarros o puros al día?	¿Cuándo dejó de fumar?	¿Consumo o consumió bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad en copas _____	Frecuencia <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual	¿Consumo o ha consumido algún tipo de estupefaciente o droga? Especifique <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
4		Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Código cliente (si cuenta con él)		
R.F.C.		letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Ocupación actual (si es mayor de edad)	Parentesco con el Asegurado titular
¿Qué deportes practica?						<input type="checkbox"/> No profesional <input type="checkbox"/> Profesional		Indique la frecuencia de la práctica No. de veces <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual		
Estatura y peso _____ mts. _____ kgs.	¿Fuma o fumó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántos cigarros o puros al día?	¿Cuándo dejó de fumar?	¿Consumo o consumió bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad en copas _____	Frecuencia <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual	¿Consumo o ha consumido algún tipo de estupefaciente o droga? Especifique <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nota: Para alpinismo, automovilismo, espeleología, buceo, motociclismo, cacería, aviación y paracaidismo, favor de llenar el cuestionario correspondiente										
_____ Firma del solicitante titular										

Viajes al Extranjero Si alguno de los solicitantes va a viajar al extranjero en los próximos 6 meses con permanencia mayor a 3 meses, indique el solicitante (1, 2, 3, 4, 5 ó 6).					
Solicitante	Fecha de inicio	día	mes	año	Destino
Solicitante	Fecha de inicio	día	mes	año	Destino
Beneficiarios para las coberturas de Respaldo por Fallecimiento (RF) y/o Respaldo Hospitalario (RH)					
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.			cargos similares y no consideran al contrato de seguro como instrumento adecuado para tales designaciones.		
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			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.		
Solicitante	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios				Parentesco
					Suma Asegurada
					%
					Fecha de nacimiento
					día mes año
					Cobertura
					RF RH
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
V. 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
*Sólo con cargos automáticos			<input type="checkbox"/> Agente		
En caso de haber elegido Domiciliación o Cargo a tarjeta de crédito como conducto de pago, llenar los siguientes datos del contratante.					
Domiciliación					
CLABE	Tarjeta de débito		Fecha de vencimiento		mes año
Cargo a tarjeta de crédito					
Banco	Tarjeta No.	ID	Fecha de vencimiento	mes año	
Banco	Tarjeta opcional No.	ID	Fecha de vencimiento	mes año	
Solicito y autorizo a la institución financiera o bancaria que corresponda para que realice, a mi nombre el pago por los conceptos, periodicidad y montos que se detallan, con cargo a mi tarjeta de débito o crédito, o a mi cuenta bancaria identificada por la CLABE que se cita, a favor de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP), liberando al banco de cualquier responsabilidad.					
VI. Ocupación					
Indique si alguno de los solicitantes se dedica o trabaja actualmente en alguna de las siguientes actividades. En caso de respuesta afirmativa especifique en el apartado al final de esta sección.					
				Sí	No
1.	Operador de maquinaria pesada			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Trabaja con explosivos, solventes, productos químicos peligrosos o sustancias radioactivas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Visita o asiste a obras o construcciones			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Utiliza, maneja, o su trabajo está relacionado con la utilización o portación de armas de fuego - seguridad - rescate			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Agrícola con uso de fertilizantes, pesticidas, herbicidas, etc.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Utiliza motocicleta			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Viaja en aviones particulares			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nota: En caso de respuesta afirmativa sobre Sustancias radioactivas, Motociclismo y Aviación, anexar cuestionario correspondiente.					
Especificación					
VII. Información médica (en caso de alguna respuesta afirmativa indique el detalle en el apartado 5 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, pulmonares, renales, neurológicas y cardiovasculares?			Sí	No
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Algún solicitante ha sido hospitalizado o le han hecho alguna cirugía (incluyendo cirugías ambulatorias) por cualquier enfermedad o accidente?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Algún solicitante padece alguna otra enfermedad no referida en el apartado 1, está en tratamiento o tiene programada atención médica o quirúrgica?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Exclusivo para mujeres (a partir de 15 años)					
		Solicitante	Especificación		
¿Alguna solicitante está actualmente embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí				
Especifique meses de gestación	<input type="checkbox"/> No				
¿Ha tenido alguna complicación en alguno de sus embarazos anteriores?	<input type="checkbox"/> Sí				
Especifique meses de gestación y tipo de complicación	<input type="checkbox"/> No				
Firma del solicitante titular					

5. Información a detalle para casos de respuesta afirmativa				
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	mes	año
				¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	mes	año
				¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	mes	año
				¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	mes	año
				¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio	mes	año
				¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique

Si requiere llenar con más información, favor de solicitar un anexo a su agente

Observaciones

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

De interés para el solicitante (Leerlo antes de firmar)

Conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro, se deben declarar todos los datos requeridos en esta solicitud tal y como los conozca o deba conocerlos en forma verídica al momento de firmar, en la inteligencia que la omisión o inexacta o falsa declaración de estos datos para la apreciación del riesgo, originará la pérdida de derechos del asegurado y/o beneficiario(s) en su caso y la Compañía de Seguros tendrá la facultad de rescindir el contrato celebrado y de abstenerse de realizar cualquier pago al Asegurado (art. 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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. 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 a través del diagnóstico de un médico legalmente autorizado con anterioridad a la fecha de celebración del contrato, 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 de 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.

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.

Nombre y firma del solicitante titular (Y de su representante legal si es menor de edad)	Nombre y firma del contratante (Sólo si es diferente al solicitante)
--	--

Para ser llenado por el(los) agente(s)

¿Cuánto tiempo hace que conoce al solicitante?	¿Recomienda usted a su cliente, tanto por aspecto saludable como por su moralidad, hábitos y reputación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene algún parentesco con el solicitante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Indique cuál		

Datos del agente					
Clave CUA	Contrato	Folio	D.A.	Nombre	Distribución
					Firma del agente
					%
Clave CUA	Contrato	Folio	D.A.	Nombre	Distribución
					Firma del agente
					%