

Solicitud de Seguro

Fecha			No. de Solicitud				Fecha de examen médico				
día	mes	año					día	mes	año	No. de cita	

I. Datos del Solicitante													
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"/> M <input type="checkbox"/> F		Nacionalidad	
Profesión u ocupación				Actividad o giro del negocio donde trabaja				Correo electrónico (si cuenta con él)					
¿El solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
Definir cargo:													
Domicilio													
Calle				No. exterior		No. interior		Colonia		C.P.			
Delegación o municipio		Ciudad o población		Entidad federativa		País		Clave		Teléfono			
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)	CURP (si cuenta con ella)			Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Nacionalidad	
Profesión u ocupación				Actividad o giro del negocio donde trabaja				Correo electrónico (si cuenta con él)					
¿El solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
Definir cargo:													
Domicilio (en caso de ser distinto al del solicitante 1)													
Calle				No. exterior		No. interior		Colonia		C.P.			
Delegación o municipio		Ciudad o población		Entidad federativa		País		Clave		Teléfono			
Datos del Contratante persona física (en caso de ser distinto al del solicitante 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"/> M <input type="checkbox"/> F		Nacionalidad	
Profesión u ocupación				Actividad o giro del negocio donde trabaja				Correo electrónico (si cuenta con él)					
¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
Definir cargo:													
Relación con el(los) solicitantes													
Domicilio													
Calle				No. exterior		No. interior		Colonia		C.P.			
Delegación o municipio		Ciudad o población		Entidad federativa		País		Clave		Teléfono			
Contratante (en caso de existir como persona moral)													
Razón social				Giro mercantil, actividad u objeto social				Código cliente (si cuenta con él)					
R.F.C.		Letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	Correo o página de internet (si cuenta con ella)						
Domicilio													
Calle				No. exterior		No. interior		Colonia		C.P.			
Delegación o municipio		Ciudad o población		Entidad federativa		País		Clave		Teléfono			
Nombre del representante legal													
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)							
Firma del solicitante 1						Firma del solicitante 2							

II. Beneficiarios						
<p>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.</p> <p>Advertencia: En el caso de 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,</p>				<p>representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como instrumento adecuado para tales designaciones.</p> <p>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.</p>		
Beneficiarios de la Cobertura de Fallecimiento						
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento	
				%	Día	Mes Año
				%		
				%		
				%		
				%		
				%		
Beneficiario de la Cobertura de Ahorro Garantizado (Sólo aplica para Profesional)						
				%		
Especificaciones especiales						
III. Coberturas y Beneficios Adicionales						
Plan	Plazo	Cobertura <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> Moneda Nacional <input type="checkbox"/> Dólares	Suma Asegurada		
				Opciones de Liquidación		
<input type="checkbox"/> Supervivencia / Ahorro / Retiro	Módulos (Profesional)			Pago único <input type="checkbox"/>	Fideicomiso <input type="checkbox"/>	Rentas vitalicias con garantía <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25
<input type="checkbox"/> Fallecimiento	Veces (Profesional)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Invalidez (ISE)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25
<input type="checkbox"/> Beneficio de Exención de Pago de Primas por Invalidez (BIT y BIT PAM)		Igual al total por fallecimiento		Programa de Inversión (Vida Inversión)		
<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental (IMA)				GNP C-tes	_____	%
<input type="checkbox"/> Indemnización por Muerte Accidental con Pérdida de Miembros (DIBA)				GNP Sólido	_____	%
<input type="checkbox"/> Protección Adicional por Fallecimiento				GNP Saving	_____	%
<input type="checkbox"/> Protección Adicional por Invalidez				GNP Equilibrado	_____	%
<input type="checkbox"/> Cobertura Mujer		<input type="checkbox"/> Doble Cobertura Mujer		GNP Acciones	_____	%
				Total	100%	
En caso de contratar Plan Profesional indique datos del menor						
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año
IV. Cobranza						
Primas del Seguro						
Formas de pago			Conductos de pago			
<input type="checkbox"/> Mensual* *Solo con cargos automáticos	<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
Si desea hacer aportaciones adicionales a la prima del seguro, proporcione la siguiente información						
Monto \$ _____	<input type="checkbox"/> Moneda Nacional <input type="checkbox"/> Dólares	<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	
En caso de haber elegido Domiciliación o Cargo a tarjeta de crédito como Conducto de pago, llenar los siguientes datos del pagador						
Domiciliación						
CLABE _____			Tarjeta de Débito _____			
Cargo a Tarjeta de Crédito						
Banco _____	Tarjeta No. _____	ID _____	Fecha de Vencimiento _____	Mes	Año	
Banco _____	Tarjeta opcional No. _____	ID _____	Fecha de Vencimiento _____			
Solicito y autorizo el cargo a mi cuenta bancaria de cheques o tarjeta de crédito de acuerdo al contrato de apertura con la Institución Bancaria del cual se sirvan pagar por mi cuenta a Grupo Nacional Provincial S.A. los cargos por conceptos, periodicidad y montos que se detallan, liberando al Banco de cualquier reclamación.						
_____		_____		_____		
Firma del solicitante 1		Firma del solicitante 2		Firma del Contratante		

V. Información particular del solicitante		
	Solicitante 1	Solicitante 2
1. ¿Ha fumado durante los últimos 12 meses?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Estado Civil	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> UL	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> UL
3. Estatura y peso	_____ mts. _____ kgs.	_____ mts. _____ kgs.
4. Ciudad y Estado de Nacimiento		
5. Nombre de la empresa donde trabaja		
6. Indique domicilio de su lugar de trabajo		
7. Indique su puesto y en qué consisten sus labores		
8. Ingresos mensuales		
9. Deportes y aficiones que practica		
En caso de respuesta afirmativa a cualquiera de las siguientes preguntas, dar explicación al final de esta sección		Solicitante 1
10. ¿Tiene alguna otra ocupación? Especifique cuál y en qué consisten sus labores.		Solicitante 2
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11. ¿Utiliza motocicleta? Especifique con qué frecuencia y para qué.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. ¿Viaja en aeronaves particulares? Especifique tipo de aeronaves y horas de vuelo anuales.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. ¿Ha recibido instrucciones para piloto? En caso afirmativo, llenar cuestionario de aviación.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. ¿Consume o ha consumido algún tipo de estupefaciente o droga? Especifique tipo, cuándo y por cuánto tiempo.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. ¿Tiene antecedentes penales? Especifique causas, consecuencias y fecha.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. ¿Ha sido rechazado o extraprimado en alguna solicitud de seguro? Especifique causa.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. ¿Está usted actualmente asegurado en vida? Especifique Compañía, Suma Asegurada alcanzada y Moneda.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. Sólo para cobertura mujer. ¿Hay o ha habido en su familia en 1° ó 2° grado, cáncer, tumores de glándulas mamarias, ovarios o útero? ¿tiene antecedentes de preeclampsia, eclampsia, partos múltiples o embarazo ectópico? o ¿está o ha estado en tratamiento para esterilidad o infertilidad? Especifique quién, padecimiento y si actualmente se encuentra en tratamiento.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Las preguntas 19 a 22 deben ser contestadas sólo en caso de no practicarse examen médico para el trámite de esta solicitud		
19. ¿Alguno de sus padres, hermanos, tíos o abuelos ha padecido diabetes? Especifique quién.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. ¿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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. ¿Ha estado hospitalizado, le han hecho alguna cirugía, ha sufrido la pérdida de alguna función o parte del cuerpo? Especifique causas, consecuencias, fecha, duración y estado actual.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. ¿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 que causa.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si practica algún deporte peligroso, como alpinismo, buceo, automovilismo, motociclismo, etc., es necesario llenar el cuestionario correspondiente.		
Pregunta No.	Solicitante	Especificación
	1 <input type="checkbox"/> 2 <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"/> <input type="checkbox"/>	
_____		_____
Firma del solicitante 1		Firma del solicitante 2

VI. Referencias personales (no familiares, las cuales se contactarán vía telefónica, para corroborar información de esta solicitud)			
1		Teléfono	3
2		Teléfono	4
En caso de contar con Recibo Cobertura para la protección por muerte accidental indique:			
Cantidad entregada al Agente \$ _____			
VII. Información complementaria para montos de Suma Asegurada acumulada a partir de 5'000,000 pesos en adelante			
Información sobre bienes personales			
Bienes inmuebles			
Descripción	Ubicación	Valor estimado	
Cuentas Bancarias			
Tipo de cuenta	Banco	Saldo o crédito estimado	
Acciones			
Empresa	Valor estimado	% de Acciones	Crédito estimado
Autos			
Modelo	Marca	Valor estimado	
Otros (herencias, etc.)			
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: Es indispensable presentar comprobante de ingresos (recibo nómina o última declaración fiscal) y para sumas aseguradas a partir de 10'000,000 de pesos o 1 millón de dólares se requiere entrevista personal con el solicitante.			
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 el (los) Beneficiario(s) en su caso.	
Aceptación			
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 la Compañía, 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 los que hayamos 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 la Compañía los datos mencionados.		Nacional Provincial, S.A., 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 la Compañía lo considere oportuno.	
Asimismo, autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen a Grupo Nacional Provincial, S.A., la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de esta solicitud y que a su vez Grupo		Este documento solo 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.	
		Hago constar que me he enterado debidamente y estoy de acuerdo con las condiciones que describen en la presente solicitud, y me he informado que tanto los datos presentados en ésta, como los requisitos médicos que la Compañía considere necesarios, forman parte de la misma.	
_____		_____	
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 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
¿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	D.A.	Nombre del agente	Distribución
CUA Contrato			%
CUA Contrato			%