

**Solicitud de seguro de indemnización garantizada por accidente  
 Productivo (individual)**

Siga® Productivo

Para facilitar los trámites de la solicitud, escriba con letra de molde y no omita ningún dato.

Nombre completo del Contratante															
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombres			R.F.C.						
									letras año mes día homoclave*						
Domicilio (calle y número)				Colonia		Población y Estado		Teléfono		Código Postal					
Nombre completo del Solicitante															
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombres			Parentesco con el Titular			R.F.C.			
												letras año mes día homoclave*			
Domicilio (calle y número)				Colonia		Población y Estado		Teléfono		Código Postal					
Clave de Agente		Gerencia de zona		Profesión u Ocupación		Riesgo		Descripción de Labores							
Vigencia		Moneda		Oficina		Número de Póliza		Forma de pago							
Fin día mes año		Inicio día mes año						<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral							
Empresa para la que labora			Tipo de actividad												
			<input type="checkbox"/> Manejando herramienta <input type="checkbox"/> Manejando maquinaria pesada <input type="checkbox"/> Supervisando labores <input type="checkbox"/> Manejando maquinaria ligera												
Lugar donde las desempeña			¿Tiene otra ocupación?			Riesgo		Total de ingresos anuales comprobables							
<input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Taller <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> En viaje <input type="checkbox"/> Otro			<input type="checkbox"/> Sí    ¿Cuál? <input type="checkbox"/> No												
Deporte o afición			Riesgo		Frecuencia (en días de la semana)			¿Participa en competencias?							
					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Categoría			¿Desea cubrir el riesgo?												
<input type="checkbox"/> Amateur <input type="checkbox"/> Profesional			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No												
Si practica algún deporte peligroso como alpinismo, automovilismo, buceo, motociclismo o paracaidismo, es necesario llenar el cuestionario correspondiente.															
Lugar de nacimiento			Fecha de Nacimiento			Edad		Género		Estatura					
			día mes año					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino							
Peso		¿Hace usted uso de bebidas alcohólicas?				Cantidad			Frecuencia						
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
Padece o ha padecido															
				Sí		No						Sí		No	
1. ¿Tiene o ha tenido algún defecto de la vista?				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		7. ¿Está bajo tratamiento o tomando algún medicamento?				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2. ¿Tiene o ha tenido algún defecto auditivo?				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		8. ¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica?				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
3. ¿Le falta algún miembro o parte de él?				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		9. ¿Ha estado internado en algún hospital, clínica, sanatorio o institución para estudios, observación, operación o tratamiento?				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4. ¿Ha padecido alguna enfermedad, afección o lesión durante su vida?				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		10. ¿Le han hecho estudios de rayos X?				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5. ¿Ha recibido tratamiento por alcoholismo o cualquier hábito de drogas?				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		11. ¿Le han practicado electrocardiogramas?				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6. ¿Tiene en la actualidad alguna deformidad, enfermedad, afección o lesión?				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>									

En caso de respuestas afirmativas dar detalles					
Número de pregunta	Nombre de la enfermedad, lesión, afección, estudio, etc.	Número de veces que la ha padecido	Fecha	Duración	Estado actual
Coberturas Sumas Aseguradas (Monto)	Muerte accidental	Pérdidas orgánicas	Reembolsos de Gastos Médicos por Accidente	Reembolso de Gastos Funerarios por Accidente	
Indemnización diaria por accidente					
Año(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4                      Monto: _____					
<b>NOTA:</b> Si la Suma Asegurada excede a \$850,000.00 favor de anexar el cuestionario especial debidamente requisitado.					
<b>"Este documento sólo constituye una Solicitud de Seguro, 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."</b>					
Beneficiarios para la Cobertura de Muerte Accidental			Parentesco con el Titular	La Suma de los porcentajes deberá ser igual al 100%	
<b>Nota importante:</b> 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 son recomendables las designaciones para que una persona cobre la Suma Asegurada y la entregue a otros.			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.		
<b>Advertencia:</b> En caso de que desee nombrar a 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 por que			La designacion 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.		
¿Viaja como pasajero en aerolíneas comerciales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Número de horas de vuelo al año: _____		
¿Viaja como pasajero en aviones particulares con itinerario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
En caso afirmativo a la pregunta anterior, por favor conteste:					
1. Los vuelos que efectúa los hace en: <input type="checkbox"/> Avión <input type="checkbox"/> Helicóptero					
2. Utiliza aeronaves:			3. Vuela por: <input type="checkbox"/> Placer <input type="checkbox"/> Negocios		
a) del gobierno (no militares) <input type="checkbox"/>			4. Indique las horas de vuelo:                      Avión      Helicóptero		
b) Propia <input type="checkbox"/>			a) Máximo anuales _____		
c) Particulares <input type="checkbox"/>			b) Durante los últimos 12 meses _____		
d) De empresas, industrias o bancos <input type="checkbox"/>			c) Durante los próximos 12 meses _____		
e) Otro (militar, etc.) <input type="checkbox"/>					
¿Tiene seguros de vida en ésta o en otras compañías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

Compañía	Número de Póliza	Coberturas	Suma Asegurada
<b>De interés para el Solicitante (Leerlo antes de firmar)</b>			
<p>Hago constar que me he enterado debidamente y estoy de acuerdo con las condiciones generales que en forma extractada se anexan a esta Solicitud de Seguro, y que contienen la póliza a que la presente solicitud se refiere. Del mismo modo estoy enterado que tanto los datos proporcionados en ésta, como los requisitos médicos que la Compañía considere necesarios, forman parte de la misma. Se previene al solicitante que conforme a la ley sobre el Contrato del Seguro, debe declarar todos los derechos a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocerlos en el momento de firmar, en la inteligencia que la no declaración, la inexacta o falsa declaración de un hecho que se le pregunte, podría originar la pérdida de derechos del Asegurado o del Beneficiario en su caso.</p> <p>Enterado de lo anterior y para efecto de esta solicitud de Seguro, declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la Compañía, si ésta lo estima conveniente. Además autorizo a los Médicos o personas que hayan asistido o examinado, a los Hospitales o Clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o accidente, para que proporcionen a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., todos los informes que se refieran a</p>		<p>mi salud, inclusive todos los datos de tratamientos anteriores; para tal efecto relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional en este caso, aceptando que será suficiente la presentación de una copia fotostática de este documento para que se proporcionen a la Compañía los datos mencionados.</p> <p>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.</p> <p>El Solicitante manifiesta que le fue explicado el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que se refiere 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 este Cuestionario Médico en términos del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Asimismo, tiene conocimiento de que las Condiciones Generales del Contrato de Seguro también se encuentran en la página gnp.com.mx o puede solicitarlas nuevamente a su Contratante.</p>	
<p><b>Datos Personales:</b>          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:</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> Consiento dicho tratamiento          No <input type="checkbox"/> Consiento dicho tratamiento</p> <p>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 el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.</p>			
Firma del Contratante		Lugar y fecha	Firma del Solicitante
<p>“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 18 de mayo de 2011, con el número CNSF-S0043-0282-2011.”</p>			
<p><b>IMPORTANTE:</b>          Cantidad que entregué al agente en pago de la prima inicial: _____</p>			
Nombre completo del Agente			Firma del Agente