

## Solicitud para la Cobertura de Respaldo por Fallecimiento

Póliza No.	Cobranza No. (si cuenta con él)	Fecha
		día mes año

I. Datos de los solicitantes					
1	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente (si cuenta con él)	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave
	Sexo	Estatura (mts.)	Peso (kgs.)	Ocupación (si es mayor de edad)	
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				
2	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente (si cuenta con él)	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave
	Sexo	Estatura (mts.)	Peso (kgs.)	Ocupación (si es mayor de edad)	
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				
3	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente (si cuenta con él)	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave
	Sexo	Estatura (mts.)	Peso (kgs.)	Ocupación (si es mayor de edad)	
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				
4	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente (si cuenta con él)	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave
	Sexo	Estatura (mts.)	Peso (kgs.)	Ocupación (si es mayor de edad)	
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				
5	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente (si cuenta con él)	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave
	Sexo	Estatura (mts.)	Peso (kgs.)	Ocupación (si es mayor de edad)	
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				
6	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente (si cuenta con él)	
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave
	Sexo	Estatura (mts.)	Peso (kgs.)	Ocupación (si es mayor de edad)	
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				

II. Información médica					
¿Algún solicitante padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?					
	Sí	No	Sí	No	Sí
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Enfermedades mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de haber respondido afirmativamente favor de completar la siguiente información					
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	

Firma del solicitante titular

La documentación contractual y la nota técnica que integra este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el(los) registro(s) número de fecha

III. Beneficiarios									
<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 beneficiarios 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.				
<b>Advertencia:</b> 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		Cobertura
						%	día mes año	RF RH	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Calle						No. exterior		No. interior	
Colonia							C.P.		
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País		clave lada Teléfono	
Solicitante	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios				Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento		Cobertura
						%	día mes año	RF RH	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Calle						No. exterior		No. interior	
Colonia							C.P.		
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País		clave lada Teléfono	
Solicitante	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios				Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento		Cobertura
						%	día mes año	RF RH	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Calle						No. exterior		No. interior	
Colonia							C.P.		
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País		clave lada Teléfono	

De interés para el solicitante (Leerlo antes de firmar)									
<p>Conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro, se deben declarar todos los datos requeridos en esta solicitud en forma verídica; en la inteligencia que la inexacta o no declaración de estos datos originará la pérdida de derechos del asegurado y/o beneficiarios. En caso de alguna omisión o inexacta declaración de los hechos importantes, la Compañía de Seguros tiene la facultad de rescindir el contrato celebrado y de abstenerse de realizar cualquier pago a favor del Asegurado (Art. 8, 47 Ley sobre el Contrato de Seguro).</p> <p>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 mi solicitud y que a su vez, GNP 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 mi persona.</p> <p>Si ha estado asegurado con otras compañías y requiere reducir o eliminar 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.</p>					<p>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 valore el riesgo a contratar. Asimismo, reconozco que los padecimientos preexistentes no quedarán cubiertos en la póliza, salvo si fueron expresamente cubiertos por la aseguradora, considerando este documento como parte integrante de mi contrato para todos los efectos a que haya lugar.</p> <p>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 inicio de vigencia de la póliza, y/o; diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, 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, se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico.</p>				
<p>Nombre y firma del solicitante titular</p> <p>(Y de su representante legal si es menor de edad)</p>					<p>Nombre y firma del contratante</p> <p>(Sólo si es diferente al solicitante)</p>				

<p><b>Datos Personales y Consentimiento:</b></p> <p>Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., 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 www.gnp.com.mx. Por lo anterior:</p> <p><input type="checkbox"/> Si Consiento dicho tratamiento      <input type="checkbox"/> No 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 disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.</p>					<p><b>Datos Personales y Consentimiento:</b></p> <p>Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., 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 www.gnp.com.mx. Por lo anterior:</p> <p><input type="checkbox"/> Si Consiento dicho tratamiento      <input type="checkbox"/> No 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 disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.</p>				
<p>Nombre y firma del solicitante titular</p> <p>(Y de su representante legal si es menor de edad)</p>					<p>Nombre y firma del contratante</p> <p>(Sólo si es diferente al solicitante)</p>				

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