

Por favor, llene este documento con letra de molde y tinta negra. No omita ningún dato ni utilice abreviaturas. Esta Solicitud no será válida si presenta tachaduras o enmendaduras.

Solicitante titular			
Código de Cliente +	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)

[+] Si cuenta con él.

Declaración de beneficiarios			
No. de solicitante que designa	Beneficiario: Primer apellido, Segundo apellido y Nombre(s)	Cobertura	Fecha de nacimiento
1 0 2 0 3 0 4 0		RF 0 ____% RH 0 ____%	dd/mm/aaaa
	Domicilio (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Alcaldía o Municipio y Estado)	Parentesco	
No. de solicitante que designa	Beneficiario: Primer apellido, Segundo apellido y Nombre(s)	Cobertura	Fecha de nacimiento
1 0 2 0 3 0 4 0		RF 0 ____% RH 0 ____%	dd/mm/aaaa
	Domicilio (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Alcaldía o Municipio y Estado)	Parentesco	
No. de solicitante que designa	Beneficiario: Primer apellido, Segundo apellido y Nombre(s)	Cobertura	Fecha de nacimiento
1 0 2 0 3 0 4 0		RF 0 ____% RH 0 ____%	dd/mm/aaaa
	Domicilio (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Alcaldía o Municipio y Estado)	Parentesco	

El Solicitante y/o Contratante declara(n) que le(s) fue explicado el contenido de las Condiciones generales del Contrato de seguro, que aplicarán en caso de la aceptación del riesgo por parte de GNP Seguros, mismas que han sido entregadas a la firma de esta solicitud.

Asimismo, las exclusiones y limitantes pueden ser consultadas en las Condiciones generales del Contrato de seguro solicitado que se encuentran en la página gnp.com.mx, o bien puede(n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando a nuestra línea directa de atención a clientes, Línea GNP al 55 5227 9000.

Firmas
Bajo protesta de decir verdad y por el principio de la buena fe, en mi carácter de Solicitante Titular y en representación de los Solicitantes, declaro que el contenido de la presente solicitud es cierta y estoy de acuerdo en que con base a lo declarado la Aseguradora valorará el riesgo a contratar.
Solicitante Titular (y de su Representante Legal si es menor de edad)
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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 22 de Noviembre de 2023, con el número CGEN-S0043-0131-2023/CONDUSEF-G-00716-011”.

Por favor, llene este documento con letra de molde y tinta negra. No omita ningún dato ni utilice abreviaturas. Esta Solicitud no será válida si presenta tachaduras o enmendaduras.

Solicitante titular

Código de Cliente ⁺	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)

[+] Si cuenta con él.

Ocupación

No. Solicitante	Ocupación

¿Adicionalmente, se dedica o trabaja actualmente en alguna de las siguientes actividades?

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

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

Información de deportes

No. Solicitante	Deporte:	Frecuencia semanal:	Práctica profesional (Percibe remuneración):
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		Hasta 3 veces ☐ Más de 3 veces ☐	Si ☐ No ☐
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		Hasta 3 veces ☐ Más de 3 veces ☐	Si ☐ No ☐
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		Hasta 3 veces ☐ Más de 3 veces ☐	Si ☐ No ☐
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		Hasta 3 veces ☐ Más de 3 veces ☐	Si ☐ No ☐
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		Hasta 3 veces ☐ Más de 3 veces ☐	Si ☐ No ☐

El Solicitante y/o Contratante declara(n) que le(s) fue explicado el contenido de las Condiciones generales del Contrato de seguro, que aplicarán en caso de la aceptación del riesgo por parte de GNP Seguros, mismas que han sido entregadas a la firma de esta solicitud.

Asimismo, las exclusiones y limitantes pueden ser consultadas en las Condiciones generales del Contrato de seguro solicitado que se encuentran en la página gnp.com.mx, o bien puede(n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando a nuestra línea directa de atención a clientes, Línea GNP al 55 5227 9000.

Firmas

Bajo protesta de decir verdad y por el principio de la buena fe, en mi carácter de Solicitante Titular y en representación de los Solicitantes, declaro que el contenido de la presente solicitud es cierta y estoy de acuerdo en que con base a lo declarado la Aseguradora valorará el riesgo a contratar.

Solicitante Titular

(y de su Representante Legal si es menor de edad)

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 22 de Noviembre de 2023, con el número CGEN-S0043-0131-2023/CONDUSEF-G-00716-011”.

Por favor, llene este documento con letra de molde y tinta negra. No omita ningún dato ni utilice abreviaturas. Esta Solicitud no será válida si presenta tachaduras o enmendaduras.

Solicitante titular			
Código de Cliente*	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)

[+] Si cuenta con él.

Información médica			
No. Solicitante	No. Pregunta	Nombre del padecimiento o procedimiento	Tipo de evento Enfermedad ☐ Accidente ☐ Maternidad ☐ Estético ☐
Fecha de inicio	Tipo de tratamiento Quirúrgico ☐ Médico ☐ Psicológico ☐ Rehabilitación ☐ Ninguno ☐ Quimioterapia ☐ En observación ☐ Radioterapia ☐ Trasplante ☐		
¿Estuvo hospitalizado? Si ☐ No ☐		¿Quedo con alguna complicación? Si ☐ No ☐ ¿Cuál?	
¿Actualmente toma algún medicamento? Si ☐ No ☐ ¿Cuál?			Estado actual de salud Sano ☐ En tratamiento ☐
No. Solicitante	No. Pregunta	Nombre del padecimiento o procedimiento	Tipo de evento Enfermedad ☐ Accidente ☐ Maternidad ☐ Estético ☐
Fecha de inicio	Tipo de tratamiento Quirúrgico ☐ Médico ☐ Psicológico ☐ Rehabilitación ☐ Ninguno ☐ Quimioterapia ☐ En observación ☐ Radioterapia ☐ Trasplante ☐		
¿Estuvo hospitalizado? Si ☐ No ☐		¿Quedó con alguna complicación? Si ☐ No ☐ ¿Cuál?	
¿Actualmente toma algún medicamento? Si ☐ No ☐ ¿Cuál?			Estado actual de salud Sano ☐ En tratamiento ☐
No. Solicitante	No. Pregunta	Nombre del padecimiento o procedimiento	Tipo de evento Enfermedad ☐ Accidente ☐ Maternidad ☐ Estético ☐
Fecha de inicio	Tipo de tratamiento Quirúrgico ☐ Médico ☐ Psicológico ☐ Rehabilitación ☐ Ninguno ☐ Quimioterapia ☐ En observación ☐ Radioterapia ☐ Trasplante ☐		
¿Estuvo hospitalizado? Si ☐ No ☐		¿Quedó con alguna complicación? Si ☐ No ☐ ¿Cuál?	
¿Actualmente toma algún medicamento? Si ☐ No ☐ ¿Cuál?			Estado actual de salud Sano ☐ En tratamiento ☐

El Solicitante y/o Contratante declara(n) que le(s) fue explicado el contenido de las Condiciones generales del Contrato de seguro, que aplicarán en caso de la aceptación del riesgo por parte de GNP Seguros, mismas que han sido entregadas a la firma de esta solicitud.

Asimismo, las exclusiones y limitantes pueden ser consultadas en las Condiciones generales del Contrato de seguro solicitado que se encuentran en la página gnp.com.mx, o bien puede(n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando a nuestra línea directa de atención a clientes, Línea GNP al 55 5227 9000.

Firmas
Bajo protesta de decir verdad y por el principio de la buena fe, en mi carácter de Solicitante Titular y en representación de los Solicitantes, declaro que el contenido de la presente solicitud es cierta y estoy de acuerdo en que con base a lo declarado la Aseguradora valorará el riesgo a contratar.
Solicitante Titular (y de su Representante Legal si es menor de edad)
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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 22 de Noviembre de 2023, con el número CGEN-S0043-0131-2023/CONDUSEF-G-00716-011”.

Por favor, llene este documento con letra de molde y tinta negra. No omita ningún dato ni utilice abreviaturas. Esta Solicitud no será válida si presenta tachaduras o enmendaduras.

Solicitante titular

Código de Cliente ⁺	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)

[+] Si cuenta con él.

Solicitante adicional

No. Solicitante

Código de Cliente ⁺	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	R.F.C. ⁺	Sexo F ☐ M ☐	Parentesco con el titular
Ocupación	Peso kg	Estatura m	
Domicilio (Si el Solicitante no vive en el mismo domicilio que el titular)	C.P.		

[+] Si cuenta con él.

Ocupación

¿Adicionalmente, se dedica o trabaja actualmente en alguna de las siguientes actividades?

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

NOTA: En caso de respuesta afirmativa sobre motociclismo y aviación, por favor anexe el cuestionario correspondiente.

Información adicional

¿Práctica algún deporte?

Deporte: _____	Frecuencia semanal:	Práctica profesional (Percibe remuneración):
Deporte: _____	Hasta 3 veces ☐ Más de 3 veces ☐	Si ☐ No ☐
Deporte: _____	Hasta 3 veces ☐ Más de 3 veces ☐	Si ☐ No ☐
	Hasta 3 veces ☐ Más de 3 veces ☐	Si ☐ No ☐

Hábitos

¿fuma o fumó?	Cantidad y frecuencia:	Ingiere o ingirió drogas:	Tipo de estupefacientes o droga	Cantidad y frecuencia:
Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐		

En caso de haber dejado de fumar o haber dejado de consumir drogas indicar el tiempo de no consumo:

Información vacuna COVID-19

¿Cuenta con la vacuna contra COVID - 19? Si ☐ No ☐	Nombre de la vacuna:	No. de dosis aplicadas:	Fecha de última dosis:

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

El comprobante de vacunación será óptimo entregarlo en conjunto con la Solicitud de Seguro. En caso de no hacerlo, éste podrá ser solicitado por GNP en cualquier momento al Asegurado. Dicho comprobante aplica para asegurados conforme al Plan Nacional de Vacunación Contra el Virus SARS-CoV-2 (COVID-19 y/o cualquiera de sus variantes) en México o bien en algún otro territorio.

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, COVID-19; 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, accidente, alteración congénita, reconstructiva o estética? | Si ☐ No ☐ |
| 3.- ¿Algún Solicitante padece o ha padecido alguna lesión, enfermedad, padecimiento o trastorno de salud no referido en la pregunta número 1? | Si ☐ No ☐ |
| 4.- ¿Algún Solicitante está en tratamiento de cualquier tipo o tiene programada atención médica o quirúrgica? | Si ☐ No ☐ |

No. Pregunta	Nombre del padecimiento o procedimiento	Tipo de evento Enfermedad ☐ Accidente ☐ Maternidad ☐ Estético ☐
Fecha de inicio	Tipo de tratamiento Quirúrgico ☐ Médico ☐ Psicológico ☐ Rehabilitación ☐ Ninguno ☐ Quimioterapia ☐ En observación ☐ Radioterapia ☐ Trasplante ☐	
¿Estuvo hospitalizado? Si ☐ No ☐	¿Quedó con alguna complicación? Si ☐ No ☐ ¿Cuál?	
¿Actualmente toma algún medicamento? Si ☐ No ☐ ¿Cuál?	Estado actual de salud Sano ☐ En tratamiento ☐	

No. Pregunta	Nombre del padecimiento o procedimiento	Tipo de evento Enfermedad ☐ Accidente ☐ Maternidad ☐ Estético ☐
Fecha de inicio	Tipo de tratamiento Quirúrgico ☐ Médico ☐ Psicológico ☐ Rehabilitación ☐ Ninguno ☐ Quimioterapia ☐ En observación ☐ Radioterapia ☐ Trasplante ☐	
¿Estuvo hospitalizado? Si ☐ No ☐	¿Quedó con alguna complicación? Si ☐ No ☐ ¿Cuál?	
¿Actualmente toma algún medicamento? Si ☐ No ☐ ¿Cuál?	Estado actual de salud Sano ☐ En tratamiento ☐	

No. Pregunta	Nombre del padecimiento o procedimiento	Tipo de evento Enfermedad ☐ Accidente ☐ Maternidad ☐ Estético ☐
Fecha de inicio	Tipo de tratamiento Quirúrgico ☐ Médico ☐ Psicológico ☐ Rehabilitación ☐ Ninguno ☐ Quimioterapia ☐ En observación ☐ Radioterapia ☐ Trasplante ☐	
¿Estuvo hospitalizado? Si ☐ No ☐	¿Quedó con alguna complicación? Si ☐ No ☐ ¿Cuál?	
¿Actualmente toma algún medicamento? Si ☐ No ☐ ¿Cuál?	Estado actual de salud Sano ☐ En tratamiento ☐	

Nota: Si requiere más espacio para proporcionar información adicional, solicite un Anexo de Información médica.

Viaje

¿Viajará al extranjero en los próximos 6 meses con permanencia mayor a 3 meses?

Fecha Inicio: _____ Fecha Fin: _____ Destino: _____

Coberturas adicionales

¿Requiere la Cobertura de Ayuda para maternidad plus? ☐ Si ☐ No

¿Requiere la Cobertura de Respaldo hospitalario?

☐ Si ☐ No Suma asegurada:

¿Requiere la Cobertura de Respaldo por fallecimiento? ☐ Si ☐ No

Otros

¿Requiere conversión a individual?

☐ Si ☐ No Póliza colectiva: Certificado:

¿Requiere reducción de periodos de espera?

☐ Si ☐ No Nombre de la compañía procedente:¹

¿Requiere Riesgo Selecto?

☐ Si ☐ No Folio de Riesgo Selecto:

[1] 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.

El Solicitante y/o Contratante declara(n) que le(s) fue explicado el contenido de las Condiciones generales del Contrato de seguro, que aplicarán en caso de la aceptación del riesgo por parte de GNP Seguros, mismas que han sido entregadas a la firma de esta solicitud.

Asimismo, las exclusiones y limitantes pueden ser consultadas en las Condiciones generales del Contrato de seguro solicitado que se encuentran en la página gnp.com.mx, o bien puede(n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando a nuestra línea directa de atención a clientes, Línea GNP al 55 5227 9000.

Firmas

Bajo protesta de decir verdad y por el principio de la buena fe, en mi carácter de Solicitante Titular y en representación de los Solicitantes, declaro que el contenido de la presente solicitud es cierta y estoy de acuerdo en que con base a lo declarado la Aseguradora valorará el riesgo a contratar.

Solicitante Titular
(y de su Representante Legal si es menor de edad)

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 22 de Noviembre de 2023, con el número CGEN-S0043-0131-2023/CONDUSEF-G-00716-011”.