

Por favor, llene la Solicitud con letra de molde y tinta negra. No omita ningún dato ni utilice abreviaturas. Esta Solicitud no será válida si presenta tachaduras o enmendaduras. Los datos del Solicitante Titular: Nombre Completo, R.F.C. con homoclave, CURP y Domicilio Fiscal, son requeridos por GNP para la emisión de constancias y facturas que servirán para la deducción de impuestos y, en su caso, para la recuperación de los mismos.

<b>SOLICITANTE 1 - TITULAR</b>	CÓDIGO DE CLIENTE *	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)		
	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	R.F.C. (Con homoclave*)		CURP *		
	GÉNERO <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M					
	PAÍS DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (Si es distinta a la mexicana)		OCCUPACIÓN	PESO	ESTATURA
					kg	m
	NO. SERIE DEL CERTIFICADO DIGITAL DE LA FIEL <sup>1+</sup>	CORREO ELECTRÓNICO *				
	EN EL ÚLTIMO AÑO, ¿HA DESEMPEÑADO ALGÚN CARGO EN EL GOBIERNO ESTATAL, MUNICIPAL O FEDERAL?					
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cargo y Dependencia:				
	CALLE			NO. EXTERIOR	NO. INTERIOR	
	COLONIA			C.P.	TELÉFONO (Con Lada)	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN ^		INSTITUCIÓN EMISORA ^		FOLIO DE LA IDENTIFICACIÓN ^		

<b>SOLICITANTE 2</b>	CÓDIGO DE CLIENTE *	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)		
	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	R.F.C. *		GÉNERO <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	PARENTESCO CON EL TITULAR	
	OCCUPACIÓN				PESO	
					kg	ESTATURA
	DOMICILIO (Si el Solicitante no vive en el mismo domicilio que el Titular)					C.P.

<b>SOLICITANTE 3</b>	CÓDIGO DE CLIENTE *	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)		
	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	R.F.C. *		GÉNERO <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	PARENTESCO CON EL TITULAR	
	OCCUPACIÓN				PESO	
					kg	ESTATURA
	DOMICILIO (Si el Solicitante no vive en el mismo domicilio que el Titular)					C.P.

<b>SOLICITANTE 4</b>	CÓDIGO DE CLIENTE *	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)		
	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	R.F.C. *		GÉNERO <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	PARENTESCO CON EL TITULAR	
	OCCUPACIÓN				PESO	
					kg	ESTATURA
	DOMICILIO (Si el Solicitante no vive en el mismo domicilio que el Titular)					C.P.

[+] Si cuenta con él. [1] Firma Electrónica Avanzada.

[^] Datos requeridos solo si el Solicitante Titular es igual al Contratante.

**FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR**

<b>OCCUPACIÓN</b>	¿ALGÚN SOLICITANTE SE DEDICA O TRABAJA ACTUALMENTE EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?									
						No. Solicitante				
	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Labores administrativas</li> <li>- Operador de maquinaria pesada</li> <li>- Trabaja con explosivos, solventes, productos químicos peligrosos o sustancias radioactivas</li> <li>- Visita o asiste a obras o construcciones</li> <li>- Utiliza, maneja o su trabajo está relacionado con el uso o portación de armas de fuego, seguridad o rescate</li> <li>- Su actividad es agrícola con uso de fertilizantes, pesticidas, herbicidas, etc.</li> <li>- Utiliza motocicleta</li> <li>- Viaja en aviones particulares más de 40 horas anuales</li> </ul>										

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

<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>	¿ALGÚN SOLICITANTE PRACTICA ALGÚN DEPORTE DE MANERA AMATEUR?										
	No. Solicitante					Deporte:					
	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> Hasta 3 veces a la semana	<input type="radio"/> Más de 3 veces a la semana					
	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> Hasta 3 veces a la semana	<input type="radio"/> Más de 3 veces a la semana					
	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> Hasta 3 veces a la semana	<input type="radio"/> Más de 3 veces a la semana					
	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> Hasta 3 veces a la semana	<input type="radio"/> Más de 3 veces a la semana					
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4</li> </ul>										
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deporte: _____</li> <li>Deporte: _____</li> <li>Deporte: _____</li> <li>Deporte: _____</li> <li>Deporte: _____</li> </ul>										
¿ALGÚN SOLICITANTE PRACTICA ALGÚN DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL? (QUE PERCIBE ALGUNA REMUNERACIÓN)											
No. Solicitante					Deporte:						
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> Hasta 3 veces a la semana	<input type="radio"/> Más de 3 veces a la semana						
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> Hasta 3 veces a la semana	<input type="radio"/> Más de 3 veces a la semana						
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4</li> <li>○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4</li> </ul>											
<ul style="list-style-type: none"> <li>Deporte: _____</li> <li>Deporte: _____</li> </ul>											
¿ALGÚN SOLICITANTE CONSUME O HA CONSUMIDO ALGÚN TIPO DE ESTUPEFACIENTE O DROGA?					¿ALGUNA DE LAS SOLICITANTES ESTÁ ACTUALMENTE EMBARAZADA? (Exclusivo para mujeres a partir de los 15 años)						
<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	No. Solicitante			<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	No. Solicitante				
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

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

En caso de respuesta afirmativa a alguna de las siguientes preguntas médicas, amplíe la información en el siguiente Apartado de esta Sección.											
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Algún Solicitante padece o ha padecido alguna enfermedad como hipertensión arterial, infarto, hepatitis, diabetes, epilepsia, esclerosis, fiebre reumática, SIDA, cáncer, tumores, enfermedades mentales, congénitas, inmunológicas, hematológicas u otras de tipo renal, pulmonar, neurológico o cardiovascular?</li> <li>2. ¿Algún Solicitante ha sido hospitalizado o le han hecho alguna cirugía por cualquier enfermedad o accidente o alteración congénita o reconstructiva o estética?</li> <li>3. ¿Algún Solicitante padece alguna otra enfermedad, trastorno o padecimiento de salud no referida en la pregunta número 1 y está en tratamiento o tiene programada atención médica o quirúrgica?</li> </ol>										<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
										<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
										<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

<b>INFORMACIÓN MÉDICA</b>	NO. SOLICITANTE			NO. PREGUNTA			NOMBRE DEL PADECIMIENTO			TIPO DE EVENTO		
	<input type="radio"/> Enfermedad	<input type="radio"/> Accidente										
FECHA DE INICIO			TIPO DE TRATAMIENTO									
			<input type="radio"/> Quirúrgico	<input type="radio"/> Médico	<input type="radio"/> Psicológico	<input type="radio"/> Rehabilitación	<input type="radio"/> Quimioterapia	<input type="radio"/> En observación	<input type="radio"/> Radioterapia	<input type="radio"/> Trasplante		
¿ESTUVO HOSPITALIZADO?			¿QUEDÓ CON ALGUNA COMPLICACIÓN?									
			<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	¿Cuál?					
¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?									ESTADO ACTUAL DE SALUD			
			<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	¿Cuál?			<input type="radio"/> Sano		<input type="radio"/> En tratamiento		

<b>INFORMACIÓN MÉDICA</b>	NO. SOLICITANTE			NO. PREGUNTA			NOMBRE DEL PADECIMIENTO			TIPO DE EVENTO		
	<input type="radio"/> Enfermedad	<input type="radio"/> Accidente										
FECHA DE INICIO			TIPO DE TRATAMIENTO									
			<input type="radio"/> Quirúrgico	<input type="radio"/> Médico	<input type="radio"/> Psicológico	<input type="radio"/> Rehabilitación	<input type="radio"/> Quimioterapia	<input type="radio"/> En observación	<input type="radio"/> Radioterapia	<input type="radio"/> Trasplante		
¿ESTUVO HOSPITALIZADO?			¿QUEDÓ CON ALGUNA COMPLICACIÓN?									
			<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	¿Cuál?					
¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?									ESTADO ACTUAL DE SALUD			
			<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	¿Cuál?			<input type="radio"/> Sano		<input type="radio"/> En tratamiento		

**FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR**

INFORMACIÓN MÉDICA (Continuación)	NO. SOLICITANTE	NO. PREGUNTA	NOMBRE DEL PADECIMIENTO	TIPO DE EVENTO <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Accidente	
	FECHA DE INICIO	TIPO DE TRATAMIENTO <input type="radio"/> Quirúrgico <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Psicológico <input type="radio"/> Rehabilitación <input type="radio"/> Quimioterapia <input type="radio"/> En observación <input type="radio"/> Radioterapia <input type="radio"/> Trasplante			
	¿ESTUVO HOSPITALIZADO?	¿QUEDÓ CON ALGUNA COMPLICACIÓN?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿Cuál?
	¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	ESTADO ACTUAL DE SALUD <input type="radio"/> Sano <input type="radio"/> En tratamiento		
NO. SOLICITANTE	NO. PREGUNTA	NOMBRE DEL PADECIMIENTO	TIPO DE EVENTO <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Accidente		
FECHA DE INICIO	TIPO DE TRATAMIENTO <input type="radio"/> Quirúrgico <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Psicológico <input type="radio"/> Rehabilitación <input type="radio"/> Quimioterapia <input type="radio"/> En observación <input type="radio"/> Radioterapia <input type="radio"/> Trasplante				
¿ESTUVO HOSPITALIZADO?	¿QUEDÓ CON ALGUNA COMPLICACIÓN?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿Cuál?	
¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	ESTADO ACTUAL DE SALUD <input type="radio"/> Sano <input type="radio"/> En tratamiento			

NOTA: Si requiere más espacio para proporcionar información adicional, solicite un Anexo.

PLANA CONTRATAR	PLANES INTERNACIONALES		PLANES NACIONALES	SOLIDEZ FAMILIAR <sup>2</sup> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
	<input type="radio"/> VIP <input type="radio"/> Internacional <input type="radio"/> Vínculo Mundial	<input type="radio"/> Alta Especialidad	<input type="radio"/> Premium <input type="radio"/> Platino <input type="radio"/> Flexible Índigo <input type="radio"/> Flexible Ámbar <input type="radio"/> Flexible Cuarzo <input type="radio"/> Esencial 200 <input type="radio"/> Esencial 300 <input type="radio"/> Versátil		
	PLANES CONEXIÓN	CÍRCULO MÉDICO <sup>3</sup>			RIESGO SELECTO <sup>4</sup> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Garantía <input type="radio"/> Plus	<input type="radio"/> Novus VIP <input type="radio"/> Novus <input type="radio"/> Excelsis <input type="radio"/> Tempus <input type="radio"/> Omnia <input type="radio"/> Decus <input type="radio"/> Certum <input type="radio"/> SIN H.M.			DEDUCIBLE
	SUMA ASEGURADA <sup>5</sup> \$	<input type="radio"/> Única <sup>6</sup>	<input type="radio"/> Anual por Padecimiento <sup>6</sup>	<input type="radio"/> Anual por Año Calendario <sup>9</sup>	\$
	TIPO DE DEDUCIBLE	COASEGURO			
	<input type="radio"/> Único <sup>6</sup> <input type="radio"/> Anual por Padecimiento <sup>6</sup> <input type="radio"/> Anual por Año Calendario <sup>9</sup>				%
	DETALLE PARA VÍNCULO MUNDIAL		DETALLE PARA VERSÁTIL (Nivel hospitalario)		
	Fecha inicio:	Fecha fin:	<input type="radio"/> 100	<input type="radio"/> 200	<input type="radio"/> 300
DETALLE PARA CONEXIÓN LÍNEA AZUL <sup>7</sup>					
Plan Individual Garantizado:	Deductible Garantizado: \$	Suma Asegurada Póliza Colectiva: \$			
Aseguradora de la Póliza Colectiva:	Compañía actual en la que labora:				
DETALLE PARA ALTA ESPECIALIDAD					
Suma Asegurada: <sup>8</sup> \$	Deductible: <sup>8</sup> \$	Número de Póliza de GNP <sup>+</sup> :	<input type="radio"/> Individual	<input type="radio"/> Colectivo	
DETALLE PARA RIESGO SELECTO					
No. Solicitante <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Folio de Riesgo Selecto:	No. Solicitante <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Folio de Riesgo Selecto:		
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Folio de Riesgo Selecto:		
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Folio de Riesgo Selecto:	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Folio de Riesgo Selecto:		

[2] El esquema de Solidez Familiar no aplica para VIP, Conexión, Versátil y Vínculo Mundial. [3] Para Planes Internacionales sólo aplica Círculo Médico Novus VIP, Novus, Excelsis y Tempus. Para Plan Versátil sólo aplica Círculo Médico Tempus y Omnia. Para Vínculo Mundial y Alta Especialidad no aplica Círculo Médico, la opción "SIN H.M." (Sin Honorarios Médicos), esta disponible sólo para los planes Premium, Platino y Flexible. [4] El beneficio de Riesgo Selecto aplica sólo para Solicitantes de las regiones de Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey que lleven a cabo el proceso establecido para la aplicación del Cuestionario y de los estudios correspondientes para evaluar su estado de salud. [5] La suma asegurada no es necesaria para Vínculo Mundial. [6] El tipo de suma asegurada y tipo de deducible sólo aplican para Planes Premium, Platino y Flexible. [7] Todos los Solicitantes de Conexión deberán estar amparados por la misma Póliza Colectiva. En caso de reclamación, se tomará como deducible la suma asegurada que se refleje en la Póliza Colectiva en ese momento. [8] Datos necesarios sólo si adicional al Plan Alta sólo aplican para VIP y LAI. [+] Si cuenta con ella.

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

<b>COBERTURAS ADICIONALES</b>	<input type="radio"/> CECE - Enfermedades Catastróficas en el Extranjero (Excepto Vínculo Mundial y Alta Especialidad)	<input type="radio"/> CAHL - Ampliación Hospitalaria Libre (Aplica solo para Flexible y Conexión Plan Garantía Flexible)	
	<input type="radio"/> CRH - Respaldo Hospitalario (Excepto Conexión y Alta Especialidad)	<input type="radio"/> CRDA - Reducción de Deductible por Accidente (Aplica solo para Versátil)	
	<input type="radio"/> CRF - Respaldo por Fallecimiento (Excepto Conexión y Alta Especialidad)	<input type="radio"/> CEE - Emergencia en el Extranjero (Aplica solo para Esencial, Versátil, Conexión y Vínculo Mundial)	
	<input type="radio"/> CF - Cláusula Familiar (Excepto Conexión y Alta Especialidad)	<input type="radio"/> CEP - Esencial Plus (Aplica solo para Esencial)	
	<input type="radio"/> CCDA - Cero Deductible por Accidente (Excepto Conexión, Versátil, Vínculo Mundial y Alta Especialidad)	<input type="radio"/> CDEP - Doble Esencial Plus (Aplica solo para Esencial)	
	<input type="radio"/> CAHD - Ampliación Hospitalaria Definida (Aplica solo para Flexible y Conexión Plan Garantía Flexible)		
	<b>DETALLE PARA COBERTURAS ADICIONALES</b>		
	CRH - Indemnización Diaria por Hospitalización: \$	CAHD - Ampliación Hospitalaria Definida a:	CAHL - Ampliación Hospitalaria Libre a:

**IMPORTANTE:** El Asegurado debe designar beneficiarios de manera 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. **ADVERTENCIA:** En el caso de que desee nombrar como 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 cargos similares y no consideran al contrato de seguro como instrumento adecuado para tales designaciones. 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 tendría 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.

Si alguno de los solicitantes será nombrado como beneficiario, especifique número de solicitante principal, número de solicitante beneficiario, cobertura y porcentaje asignado. En caso contrario, proporcione la información del nuevo beneficiario.

<b>BENEFICIARIOS</b>	<b>SOLICITANTE RELACIONADO</b>	<b>COBERTURA RH</b>	<b>COBERTURA RF</b>
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 1   %   <input type="radio"/> 2   %   <input type="radio"/> 3   %   <input type="radio"/> 4   %	<input type="radio"/> 1   %   <input type="radio"/> 2   %   <input type="radio"/> 3   %   <input type="radio"/> 4   %

<b>VIAJES</b>	<b>SOLICITANTE RELACIONADO</b>	<b>COBERTURA</b>		
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	RH   %	RF   %	
<b>OTROS BENEFICIOS</b>	<b>CÓDIGO DE CLIENTE</b> +	<b>PRIMER APELLIDO</b>	<b>SEGUNDO APELLIDO</b>	<b>NOMBRE(S)</b>
<b>CONVERSIÓN A INDIVIDUAL</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b> (dd/mm/aaaa)	<b>GÉNERO</b> <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<b>DOMICILIO</b> (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Delegación o Municipio y Estado)	
<b>REDUCCIÓN DE PERIODOS DE ESPERA</b>	<b>No. Solicitante</b> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<b>Póliza colectiva:</b> _____	<b>Certificado(s):</b> _____	
	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<b>Fecha inicio:</b> _____ <b>Fecha fin:</b> _____	<b>Destino:</b> _____	

<b>VIAJES</b>	<b>¿ALGÚN SOLICITANTE VIAJARÁ AL EXTRANJERO EN LOS PRÓXIMOS 6 MESES CON PERMANENCIA MAYOR A 3 MESES?</b>			
	<b>No. Solicitante</b> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<b>Fecha inicio:</b> _____	<b>Fecha fin:</b> _____	<b>Destino:</b> _____
<b>OTROS BENEFICIOS</b>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<b>Nombre de la Compañía procedente:</b> <sup>9</sup> _____	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<b>Nombre de la Compañía procedente:</b> <sup>9</sup> _____

[9] 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.

**FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR**

Conteste esta sección **sólo si el Contratante es distinto al Solicitante Titular**. Los datos del Contratante: Nombre Completo, R.F.C. con homoclave, CURP y Domicilio Fiscal, son requeridos por GNP para la emisión de constancias y facturas que servirán para la deducción de impuestos y, en su caso, para la recuperación de los mismos.

<b>PERSONA FÍSICA</b>	CÓDIGO DE CLIENTE +	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)
	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	R.F.C. (Con homoclave)	CURP +	GÉNERO <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
	PAÍS DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (Si es distinta a la mexicana)	OCCUPACIÓN	
	NO. SERIE DEL CERTIFICADO DIGITAL DE LA FIEL <sup>1+</sup>	CORREO ELECTRÓNICO +		
	EN EL ÚLTIMO AÑO, ¿HA DESEMPEÑADO ALGÚN CARGO EN EL GOBIERNO ESTATAL, MUNICIPAL O FEDERAL? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No   Cargo y Dependencia:			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	INSTITUCIÓN EMISORA	FOLIO DE LA IDENTIFICACIÓN		
CÓDIGO DE CLIENTE +	RAZÓN SOCIAL	GIRO O ACTIVIDAD DE LA EMPRESA		
FECHA DE CONSTITUCIÓN (dd/mm/aaaa)	R.F.C. (Con homoclave)	FOLIO MERCANTIL	NACIONALIDAD DE LA EMPRESA	
NO. SERIE DEL CERTIFICADO DIGITAL DE LA FIEL <sup>1+</sup>	CORREO ELECTRÓNICO +	PÁGINA DE INTERNET +		
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (Primer apellido, segundo apellido y nombre[s])		NACIONALIDAD (Si es distinta a la mexicana)		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	INSTITUCIÓN EMISORA	FOLIO DE LA IDENTIFICACIÓN		
DOMICILIO		CALLE	NO. EXTERIOR	NO. INTERIOR
COLONIA		C.P.	TELÉFONO (Con Lada)	EXTENSIÓN

[+] Si cuenta con él. [1] Firma Electrónica Avanzada

FORMA DE PAGO	VÍA DE PAGO		TIPO DE CUENTA/TARJETA
<input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Mensual <sup>10</sup> <input type="radio"/> Única <sup>11</sup>	<input type="radio"/> Cargo a Tarjeta <input type="radio"/> Domiciliación <input type="radio"/> Intermediario		<input type="radio"/> Tarjeta de Crédito <input type="radio"/> Tarjeta de Débito <input type="radio"/> CLABE
NÚMERO DE TARJETA/CUENTA	ID	FECHA DE VENCIMIENTO (mm/aaaa)	BANCO
¿EL CONTRATANTE ES IGUAL AL TITULAR DE LA CUENTA/TARJETA? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No   Nombre del Titular:			
¿PARENTESCO DEL CONTRATANTE CON EL TITULAR DE LA CUENTA/TARJETA?			

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 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.

[10] Solo aplica con cargos automáticos. [11] Solo aplica para Vínculo Mundial con vigencia menor a un año.

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

**FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR**

#### DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE (Leer 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 (artículos 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 accedido 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 proporciones 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 y en ningún momento para fines de comercialización o mercadotecnia de productos o servicios. 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 con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, a través del diagnóstico de un médico legalmente autorizado, 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.

Finalmente, declaro bajo protesta de decir verdad que la contratación descrita en la presente Solicitud se realiza con recursos propios y únicamente en beneficio del Solicitante Titular y/o Contratante descrito en este documento. Lo anterior, de conformidad con las Disposiciones en materia de Prevención de Lavado de Dinero o en materia de Identificación de Clientes, según corresponda.

**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.

**El Solicitante Titular y/o Contratante manifiesta que le fue explicado por el Agente, el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que se refiere a las Coberturas, Exclusiones, Periodos de Espera, Cláusulas Generales y/o Particulares, las cuales conoce, entiende y acepta como parte integrante del Contrato a que se refiere esta Solicitud en términos del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Asimismo, tiene conocimiento de que las Condiciones Generales del Plan a contratar también se encuentran en la página gnp.com.mx o bien, puede solicitarlas nuevamente con su Agente de Seguros.**

Las exclusiones y limitaciones de este producto pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del mismo, disponibles en la página gnp.com.mx dentro de la sección de Gastos Médicos o bien, llamando al 5227 9000 desde la Ciudad de México o al 01 800 400 9000 desde el Interior de la República.

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

**CONSENTIMIENTO**

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](http://gnp.com.mx). Por lo anterior:

**SOLICITANTE TITULAR** (y de su Representante Legal si es menor de edad) **CONTRATANTE** (Solo si es diferente al Solicitante)

Si consiento dicho tratamiento  No consiento dicho tratamiento  Si consiento dicho tratamiento  No consiento dicho tratamiento

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.

CUA	CONTRATO	FOLIO	D.A.	NOMBRE DEL AGENTE	DISTRIBUCIÓN	FIRMA DEL AGENTE
					%	
					%	

**AGENTE(S)**

¿DESDE CUÁNDO CONOCE AL SOLICITANTE? **¿RECOMIENDA AL SOLICITANTE, TANTO POR SU ASPECTO SALUDABLE COMO POR SU MORALIDAD, HÁBITOS Y REPUTACIÓN?**  Si lo recomiendo  No lo recomiendo

(mm/aaaa)

El Agente que suscribe, realizó una entrevista personal con el Contratante o Representante Legal que solicita el presente Seguro, con la finalidad de obtener los datos personales que fueron asentados en esta Solicitud y validar la identificación oficial exhibida por éste.

Informé al Solicitante Titular y/o Contratante, de manera amplia y detallada, sobre el alcance real de la cobertura, la forma de conservarla o darla por terminada, así como de la veracidad de los datos proporcionados y que se han incluido en este formato. (Artículo 96, fracción I de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas).

**FIRMA DEL AGENTE**

**UNE**

Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con su Seguro, le sugerimos ponerse en contacto con la **Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)** de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., ubicada en Av. Cerro de las Torres #395, Colonia Campestre Churubusco, Delegación Coyoacán, c.p. 04200; comunicarse a los teléfonos 5227 9000 desde la Ciudad de México o al 01 800 400 9000 desde el Interior de la República, o bien al correo electrónico: [unidades@gnp.com.mx](mailto:unidades@gnp.com.mx)

**FIRMAS**

<b>SOLICITANTE TITULAR</b> (y de su Representante Legal si es menor de edad) Nombre y firma	<b>CONTRATANTE</b> (Solo si es diferente al Solicitante) 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 seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de Agosto de 2015 con el número CGEN-S0043-0186-2015.”