

SOLICITUD DE EMISIÓN Y/O RENOVACIÓN

Póliza a renovar		Fecha		Clave del Agente		Folio		Firma del Agente		
Número		Versión		día mes año		Clave Única de Agente Contrato				
I. Datos del Contratante (persona física)										
El Contratante es la persona física o moral que se considera el pagador de las primas del seguro										
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)		Código cliente		
Contratante		Registro Federal de		letras		año mes día homoclave*		Clave Única de Registro de Población (CURP)*		
<input type="checkbox"/> Mismo conductor		Contribuyentes (R.F.C.)								
Fecha de nacimiento		Sexo		Estado civil		Nacionalidad				
día mes año		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado						
Correo electrónico (si cuenta con el)			Profesión u ocupación			Actividad o giro del negocio donde trabaja				
¿El Contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años?						Definir cargo				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
Domicilio										
Calle			Número exterior		Número interior		Colonia		Código Postal	
Municipio o delegación			Ciudad o población			Entidad Federativa		País		
Lada Teléfono particular		Lada Teléfono móvil		Lada Teléfono oficina		Extensión				
Contratante (en caso de existir como persona moral)										
Razón social			Giro mercantil			Actividad u objeto social				
Código cliente		Fecha de constitución		día mes año		Registro Federal de		letras año mes día homoclave*		
						Contribuyentes (R.F.C.)				
Correo o página de Internet (si cuenta con ella)										
Domicilio										
Calle			Número exterior		Número interior		Colonia		Código Postal	
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad Federativa		País		Lada Teléfono		
Datos del representante legal										
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)				
II. Datos conductor principal										
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s) (según acta de nacimiento)				
Código cliente		Registro Federal de		letras		año mes día homoclave*		Fecha de nacimiento		
		Contribuyentes (R.F.C.)						día mes año		
Género		Estado civil		Correo electrónico						
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado								
Profesión u ocupación							Lada Teléfono			
<p>Se aplicará un extradeducible equivalente al contratado, en adición al deducible estipulado en la Carátula de Póliza, para las coberturas de Daños Materiales, cuando el conductor del Vehículo Asegurado al momento del siniestro sea menor a 31 años, no se haya declarado así en la Carátula de Póliza y además sea determinado como responsable del accidente por la autoridad competente. Si el deducible contratado es 0%, el extradeducible aplicable será de 5%. Solo para vehículos residentes y blindados.</p>										

III. Datos del vehículo																	
Tipo del vehículo	Subramo	Uso del vehículo Particular	El vehículo cuenta con factura de aseguradora por una Pérdida Total previa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No														
Marca (clave)	Submarca	Modelo	Placas														
Descripción del vehículo		Pedimento de importación	Entidad donde circula <input type="checkbox"/> Mismo domicilio														
Número de motor	Número de serie		Registro Federal Vehicular/ Registro Público Vehicular														
IV. Coberturas																	
Paquete cobertura		<input type="checkbox"/> Amplia Limitada + Daños Materiales Pérdidas Totales, Daños Materiales Pérdidas Parciales y Cristales.															
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Gastos Médicos a Ocupantes (Amparada) Responsabilidad Civil por daños a Terceros (\$3,000,000) Extensión de Responsabilidad Civil: Protección Legal (Amparada)		<input type="checkbox"/> Amplia Elite Amplia + Auto Elite.															
<input type="checkbox"/> Limitada Responsabilidad Civil + Robo Total		<input type="checkbox"/> Auto Elite <table border="0"> <tr> <td>día</td><td>mes</td><td>año</td> <td>Vigencia</td> <td>día</td><td>mes</td><td>año</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> <td>Inicio - Término</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		día	mes	año	Vigencia	día	mes	año				Inicio - Término			
día	mes	año	Vigencia	día	mes	año											
			Inicio - Término														
<input type="checkbox"/> Valor Factura últimos modelos (aplica solo al presentar factura o carta factura del vehículo expedida a lo más 90 días naturales antes de la fecha en que iniciará la vigencia de la Póliza) _____		<input type="checkbox"/> Valor Comercial <input type="checkbox"/> Valor Convenido ⁽¹⁾ _____															
		<input type="checkbox"/> Valor Convenido + 10 ⁽¹⁾ _____ ⁽¹⁾ Aplica solo para residentes y blindados															
Coberturas modificables																	
<input type="checkbox"/> Deducible Daños Materiales Pérdida Total _____ %		<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Gastos Médicos Ocupantes _____															
<input type="checkbox"/> Deducible Daños Materiales Pérdida Parcial _____ %		<input type="checkbox"/> Auto Sustituto Plus (10, 15, 20 ó 30 días) _____															
<input type="checkbox"/> Deducible Robo Total _____ %		<input type="checkbox"/> Auto Sustituto (10, 15, 20 ó 30 días) _____															
<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Responsabilidad Civil por Daños a Terceros _____																	
Coberturas opcionales																	
<input type="checkbox"/> Ayuda para Pérdidas Totales		<input type="checkbox"/> Protección Auxiliar Suma Asegurada \$ _____															
<input type="checkbox"/> Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial ⁽²⁾		<input type="checkbox"/> Accidentes Automovilísticos al Conductor Suma Asegurada \$ _____															
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ocupantes		<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Fallecimiento Suma Asegurada \$ _____															
⁽²⁾ Observaciones y/o especificaciones adjuntas a la Suma Asegurada que se declare, deberá soportarse por avalúo o factura de las adaptaciones, conversiones o equipo especial.																	
Beneficiario Preferente																	
V. Cobranza																	
Primas del seguro		Conductos de pago															
Formas de pago		<input type="checkbox"/> Domiciliación bancaria <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Cargo por única vez (CUT)															
<input type="checkbox"/> Mensual ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> Trimestral ⁽³⁾		<input type="checkbox"/> Aceptación de cargo automático a tarjeta de crédito (CAT)															
<input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual																	
⁽³⁾ Solo aplica con domiciliación bancaria																	
En caso de haber elegido domiciliación bancaria o cargo a tarjeta de crédito como conducto de pago, llenar los siguientes datos del pagador.																	
Domiciliación bancaria																	
Banco	CLABE		Fecha de vencimiento mes año														

Banco		Tarjeta de débito Número			Fecha de vencimiento mes año	
Tarjeta de crédito Número		Código ID	Fecha de vencimiento	mes año	Tipo de tarjeta <input type="checkbox"/> VISA/Master Card <input type="checkbox"/> American Express	
Tarjeta de crédito opcional Número		Código ID	Fecha de vencimiento	mes año	Tipo de tarjeta <input type="checkbox"/> VISA/Master Card <input type="checkbox"/> American Express	
Tipo y Número de identificación oficial <input type="checkbox"/> Instituto Nacional Electoral (INE) Número _____ <input type="checkbox"/> Pasaporte Número _____						
<input type="checkbox"/> Moneda Nacional	Importe del cargo	Importe del cargo con letra				
<input type="checkbox"/> Dólares	\$					
Nombre del Agente					Clave del Agente	

Solicito y autorizo al Banco Nacional de México, S.A. o a cualquier otra Institución afiliada a Visa, Mastercard o American Express (en lo sucesivo "El Banco") para que con base en el contrato de apertura de crédito que tengo celebrado y respecto al cual se me expidió la tarjeta de crédito abajo citada, o en su caso el número de tarjeta que por reposición de la anterior por robo o extravío de la misma me haya asignado El Banco, se sirvan pagar por mi cuenta a Grupo Nacional Provincial S.A.B. (en lo sucesivo "GNP"), los cargos por los conceptos, periodicidad y montos que se detallan a continuación. GNP será responsable de cumplir con la calidad y entrega de los productos y servicios ofrecidos, liberando al Banco de cualquier reclamación que se generara por parte del tarjetahabiente. Estoy de acuerdo con que el número de Póliza puede cambiar anualmente por la administración de GNP.

Asimismo, acepto que los cargos subsecuentes pueden ser variables de acuerdo con el plan de seguro contratado.

Del mismo modo, estoy de acuerdo con que se utilice este mismo conducto de cobro en las próximas renovaciones así como en los ajustes en la prima que correspondan. Para evitar la cancelación de mi Póliza TODOS LOS CARGOS SERÁN REALIZADOS AL INICIO DE LA VIGENCIA DE CADA PERIODO, EN CASO DE SER DÍA INHÁBIL SE COBRARÁ EL DÍA INMEDIATO ANTERIOR.

Se realizarán un total de 3 intentos (1er., 3er. y 8vo. día a partir de inicio de vigencia). Si el Cliente maneja tarjeta opcional se realizarán 6 intentos, si el último no procede se suspenderá la labor de cobranza. Entiendo que me reservo el derecho de poder cancelar la Póliza u optar por otro conducto de pago, cuando así lo desee, previa notificación por escrito a GNP con un mínimo de 30 días de anticipación al inicio de la vigencia del recibo con próximo vencimiento.

Si por cualquier causa la Institución Bancaria no reconoce el cargo que GNP pretende realizar a la tarjeta de crédito, correspondiente al cobro de la prima, el Asegurado y/o Contratante no quedará liberado del cumplimiento de su obligación de pago de la prima en términos de lo previsto en las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro y del Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, quedando GNP liberado de su obligación de cobro de la prima a través del canal que se establece en esta Solicitud de Seguro.

El tarjetahabiente podrá revocar el presente formato mediante un comunicado por escrito con treinta días naturales de anticipación que recibirá el Negocio Afiliado, el cual anotará la fecha de su recepción con la firma y nombre de quien recibe por el Negocio Afiliado. En este caso el Negocio Afiliado deberá informar al tarjetahabiente la fecha en que dejará de surtir efecto la presente carta de autorización.

Este documento sólo 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.

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 (Artículo 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Inspección del Estado del Vehículo

La Compañía podrá inspeccionar o verificar la existencia y estado físico del Vehículo Asegurado a cualquier día y hora hábil por medio de personas debidamente autorizadas durante la vigencia de la Póliza, en cuyo caso la compañía entregará un certificado en el que se establezca el estado del vehículo asegurado al momento de la inspección.

El Contratante 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, Cláusulas Generales y/o Particulares las cuales conoce, entiende y acepta como parte integrante de esta Solicitud en términos del Artículo 7 de la Ley sobre el

Contrato de Seguro. Asimismo, tiene conocimiento de que las Condiciones Generales de este Contrato se encuentran en la página gnp.com.mx o que puede solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros o bien llamando al 5227 9000 desde la Ciudad de México o al 01 800 400 9000 desde el Interior de la República.

"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 registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 19 de febrero de 2015, con el número CNSF-S0043-0112-2015".

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 No. 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

Firma autorizada del tarjetahabiente/Contratante
El tarjetahabiente está de acuerdo con los términos y condiciones que se establecen en este Contrato de cobro de la prima, firmada de conformidad.

Firma del Agente
Bajo protesta de decir verdad, he entregado el Folleto de los Derechos Básicos, e informado al(los) Solicitante(s) de manera clara, amplia y detallada sobre el alcance real de las coberturas, las principales características del producto, la forma de conservarlo o darlo por terminado, su vigencia, los términos establecidos en el contrato, los salvamentos y su renovación. (Artículo 96 Ley Instituciones de Seguros y de Fianzas Precepto legal disponible en gnp.com.mx). Asimismo, declaro haber verificado la veracidad de los datos proporcionados y que se han incluido en este formato, siendo llenado de puño y letra por parte del(los) Solicitante(s) y Contratante.

Datos Personales y Consentimiento

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 gnp.com.mx. Por lo anterior:

Sí No consiento y autorizo 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.

Firma del Contratante