

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 <input type="checkbox"/> Mismo conductor		Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C.)				Clave Única de Registro de Población (CURP)*			
Fecha de nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado		Nacionalidad			
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 el en el último año?						<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	
Teléfono particular		Teléfono móvil			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 Contribuyentes (R.F.C.)			
Correo o página de Internet*									
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)			
Código cliente		Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C.)				letras año mes día homoclave*		Fecha de nacimiento	
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado		Correo electrónico					
Profesión u ocupación							Lada Teléfono		
La compañía cobrará 5 puntos porcentuales adicionales al deducible estipulado en la Carátula de Póliza, cuando el Asegurado sea responsable del incidente y éste se encuentre en Estado de Ebriedad o el daño sea originado por un acto de vandalismo. Solo para vehículos residentes Y blindados.									

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	
Número de motor		Número de serie	Registro Federal Vehicular/ Registro Público Vehicular
IV. Coberturas para Automóviles y Pick ups			
Paquete cobertura			
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Gastos Médicos Ocupantes Responsabilidad Civil por Daños a Terceros Extensión de Responsabilidad Civil Protección Legal Club GNP		<input type="checkbox"/> Amplia Limitada + Daños Materiales Pérdidas Totales + Daños Materiales Pérdidas Parciales + Cristales	
<input type="checkbox"/> Limitada Responsabilidad Civil + Robo Total		<input type="checkbox"/> Premium Amplia + Daños Materiales de Llantas y/o Rines ^(a) + Cero Deducible en Pérdida Total ^(b) + Reposición de Llaves + Auto Sustituto Plus + Robo Parcial Plus	
		<input type="checkbox"/> Auto Elite Auto Sustituto + Daños Materiales de Llantas y/o Rines ^(a) + Cero Deducible en Pérdida Total ^(b) + Reposición de Llaves ^(c)	
<small>a) Anteriormente Llantas y Rines b) Anteriormente Cero Deducible c) Anteriormente Llaves de Repuesto</small>		día mes año	Vigencia Inicio - Término
Coberturas opcionales para Automóviles y Pick ups			
<input type="checkbox"/> Accidentes Automovilísticos al Conductor <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Fallecimiento <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ocupantes <input type="checkbox"/> Siempre en Agencias <input type="checkbox"/> Protección Auxiliar <input type="checkbox"/> Daños Materiales de Llantas y/o Rines <input type="checkbox"/> Reposición de Llaves		Suma Asegurada \$ _____	<input type="checkbox"/> Ayuda para Pérdidas Totales <input type="checkbox"/> Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Robo Parcial <input type="checkbox"/> Robo Parcial Plus <input type="checkbox"/> Auto Sustituto <input type="checkbox"/> Auto Sustituto Plus
		Suma Asegurada \$ _____	Suma Asegurada \$ _____
⁽¹⁾ 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.			
V. Coberturas Motocicletas			
Paquete cobertura			
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Responsabilidad Civil por Daños a Terceros + Protección Legal + Accidentes Automovilísticos al Conductor		<input type="checkbox"/> Amplia Limitada + Daños Materiales Pérdida Total + Daños Materiales Pérdida Parcial + Gastos Médicos Ocupantes + Club GNP	
<input type="checkbox"/> Limitada Responsabilidad Civil + Robo Total		día mes año	Vigencia Inicio - Término
Coberturas opcionales Motocicletas			
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Fallecimiento _____ <input type="checkbox"/> Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial* _____			
Descripción Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial			
*La suma asegurada que declare deberá soportarse por avalúo o factura de las Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial			
Formas de Indemnización			
<input type="checkbox"/> Valor Factura últimos modelos (aplica solo al presentar factura o carta factura del vehículo expedida a lo más 10 días naturales antes de la fecha en que iniciará la vigencia de la Póliza) _____		<input type="checkbox"/> Valor Comercial ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Valor Convenido ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> Valor Convenido + 10 ⁽⁴⁾	
		⁽²⁾ Para el seguro de Motocicletas únicamente aplica indemnización a Valor Comercial ⁽³⁾ Aplica solo para residentes, blindados, fronterizos y legalizados ⁽⁴⁾ Aplica para residentes, fronterizos y legalizados.	

Coberturas modificables	
<input type="checkbox"/> Deducible Daños Materiales Pérdida Total _____ %	<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Gastos
<input type="checkbox"/> Deducible Daños Materiales Pérdida Parcial _____ %	<input type="checkbox"/> Médicos Ocupantes _____
<input type="checkbox"/> Deducible Robo Total _____ %	<input type="checkbox"/> Auto Sustituto Plus
<input type="checkbox"/> Robo Parcial _____ %	(10, 15, 20 ó 30 días) _____
<input type="checkbox"/> Robo Parcial Plus _____ %	<input type="checkbox"/> Auto Sustituto (10, 15, 20 ó 30 días) _____
<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Responsabilidad Civil por Daños a Terceros _____	<input type="checkbox"/> Accidentes Automovilísticos al Conductor _____
	<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Responsabilidad Civil Fallecimiento _____

Beneficiario Preferente

V. Cobranza	
Primas del seguro Formas de pago <input type="checkbox"/> Mensual ⁽⁵⁾ <input type="checkbox"/> Trimestral ⁽⁵⁾ <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual ⁽⁵⁾ Solo aplica con domiciliación bancaria	Conductos de pago <input type="checkbox"/> Domiciliación bancaria <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Cargo por única vez (CUT) <input type="checkbox"/> Aceptación de cargo automático a tarjeta de crédito (CAT)

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

<p>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.</p>	<p>Asimismo, acepto que los cargos subsecuentes pueden ser variables de acuerdo con el plan de seguro contratado.</p> <p>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 previo conocimiento acerca del incremento de las tarifas que realice GNP. TODOS LOS CARGOS SERÁN REALIZADOS AL INICIO DE LA VIGENCIA DE CADA PERIODO, EN CASO DE SER DÍA INHÁBIL SE COBRARÁ EL DÍA HÁBIL INMEDIATO SIGUIENTE.</p>
---	---

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 imputable al Asegurado 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 (Precepto legal disponible en gnp.com.mx), 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. Por lo anterior, el estado de cuenta, recibo de nómina u otro documento en donde aparezca el cargo de la Prima será prueba suficiente del pago de la misma, hasta que en tanto la institución entregue el comprobante de pago correspondiente.

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.

Toda la información de la presente solicitud, en especial las actividades e ingresos, serán considerados información necesaria para la apreciación del riesgo y para la aceptación, en su caso, de la Cobertura contratada y la Suma Asegurada correspondiente. Se previene al Solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos tal y como los conozca o deba conocerlos en el momento de firmar, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se encuentre contenido en la solicitud para la apreciación del riesgo, podría originar la pérdida de derechos del Asegurado o del (los) beneficiario(s) en su caso. En caso de cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos importantes, Grupo Nacional Provincial, S.A.B. tiene la facultad de rescindir de pleno derecho el contrato celebrado y de abstenerse de realizar cualquier pago (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx
En caso de que en el futuro el(los) Solicitante(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Inspección del Estado del Vehículo

La Compañía tendrá en todo momento, durante la vigencia de la Póliza, el derecho a solicitar información y fotografías del Vehículo Asegurado, así como inspeccionar y verificar la existencia y estado físico del Vehículo Asegurado a cualquier día y hora hábil por medio de plataformas digitales o personas debidamente autorizadas por la Compañía.

El Solicitante y/o el Contratante declara que le fue explicado por el Agente, el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que se refiere a sus derechos básicos, las Coberturas, Exclusiones, Indisputabilidad, 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 (Precepto legal disponible en gnp.com.mx). Las Exclusiones y Limitaciones de este producto pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro. Asimismo, tiene conocimiento de que las Condiciones Generales del Contrato de Seguro también se encuentran en la página gnp.com.mx, puede solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando al 55 5227 9000 o mediante el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

**En caso de requerir información contáctanos: al 55 5227 9000
o visite gnp.com.mx**

Otorgo mi consentimiento para que la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro, me sea entregada a través de la vía digital.

Sí consiento

No consiento

Por lo anterior, autorizo a Grupo Nacional Provincial S.AB. (GNP), a realizar la entrega de la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a la cuenta de correo electrónico_____.

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 al teléfono 55 5227 9000 opción 3 o al correo electrónico: unidad.especializada@gnp.com.mx; o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, comuníquese a los teléfonos 55 5340-0999 desde la Ciudad de México o al 80 0999-8080 desde el Interior de la República, al correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o visite la página condusef.gob.mx.

Firma Solicitante o Contratante

Bajo protesta de decir verdad, declaro que el contenido de la presente solicitud es cierta y, bajo el principio de la buena fe, he (hemos) llenado el formato de mi (nuestro) puño y letra.

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.

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral, disponible en la página de internet gnp.com.mx o bien, llamando en el área metropolitana al teléfono 55 52279000.

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 o Solicitante

En cumplimiento a la dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integra este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día __ de _____ de _____, con el número _____ / CONDUSEF- _____ - _____.

En caso de requerir información contáctanos: al 55 5227 9000
o visite gnp.com.mx