

Seguro Individual/Familiar de Gastos Médicos

I. DATOS DEL CONTRATANTE

| | | | | | |
|-------------------------|-----------|---------------|-------------------------|---------|--|
| Nombre o Razón social | | | | | |
| R.F.C. | | | CURP (personas físicas) | | |
| Forma de pago: | Domicilio | | | | |
| ANUAL | | | | | |
| No. Exterior e Interior | | Código Postal | | Colonia | |
| Delegación | | Ciudad | | Estado | |
| Teléfono domicilio | | E-mail | | | |

Si desea que la correspondencia relacionada a este seguro se entregue en domicilio diferente al del Contratante, favor de indicar:

| | | | | | |
|------------------------------|--------|--------|------------------|------------------|--------------------|
| Domicilio de correspondencia | | | Entre qué calles | | |
| Colonia | Ciudad | Estado | Código Postal | Teléfono oficina | Horario de entrega |

II. DATOS DE LAS PERSONAS A ASEGURAR

| Parentesco | Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s) | Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa) | Estado Civil | Género (M/F) | Ciudad donde Reside | Peso (Kg.) | Estatura (Mts.) |
|------------|------------------|------------------|-----------|--------------------------------|--------------|--------------|---------------------|------------|-----------------|
| Titular | | | | | | | | | |
| Cónyuge | | | | | | | | | |
| Hijo 1 | | | | | | | | | |
| Hijo 2 | | | | | | | | | |
| Hijo 3 | | | | | | | | | |
| Hijo 4 | | | | | | | | | |

Considerando únicamente los últimos 5 años, responda para cada una de las personas a asegurar marcando con X en caso de que su respuesta sea afirmativa, especificando el nombre de la enfermedad, lesiones, estudios, tratamientos anteriores y actuales, la fecha en la que la sufrió y la duración que ha tenido. En caso de que requiera más espacio, utilice el respaldo de este formato indicando el número de pregunta y el Parentesco de la tabla anterior.

| Estado de salud | Especificar | Titular | Cónyuge | Hijo 1 | Hijo 2 | Hijo 3 | Hijo 4 |
|--|-------------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|
| 1. ¿Padece o ha padecido de enfermedades del aparato digestivo como: litiasis (piedras) en la vesícula y/o vías biliares, úlceras gástricas y/o duodenales, divertículos del colon o fístulas ano rectales? | | | | | | | |
| 2. ¿Padece o ha padecido de enfermedades cardiovasculares como: infarto al miocardio, hipertensión arterial, afecciones de las arterias coronarias o tiene colesterol elevado? | | | | | | | |
| 3. ¿Padece o ha padecido de amigdalitis y/o adenoiditis indicar si ya se operó, hernias en la cavidad abdominal, varices en miembros inferiores, litiasis (piedras) en los riñones, osteoporosis, catarata, hemorroides y afecciones de la próstata? | | | | | | | |
| 4. ¿Padece o ha padecido de cáncer o tumores de cualquier clase? | | | | | | | |
| 5. ¿Padece o ha padecido de alguna otra enfermedad o accidente no mencionada en este cuestionario? | | | | | | | |
| 6. En caso de ser mujer, además contestar. ¿Padece o ha padecido de enfermedades de las mamas, ovarios o útero? Indicar si ya se le practicó histerectomía. | | | | | | | |

III. EXCLUSIVO PARA MUJERES

| Parentesco | ¿Está actualmente embarazada? | Meses de gestación | ¿Ha tenido alguna complicación? |
|------------|-------------------------------|--------------------|---------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

IV. OTROS SEGUROS (Esta información no faculta a la Institución para rescindir el contrato de seguro)

| Parentesco | Tipo de seguro | Compañía | ¿Presentó reclamaciones? | Fin de vigencia |
|------------|----------------|----------|--------------------------|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, he declarado todos los hechos importantes en relación a las preguntas de esta solicitud como los conozco o debiera conocer a la fecha de firmar, informado de que las falsas o inexactas declaraciones u omisiones de tales hechos podrían dar lugar a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos de los Beneficiarios.

Autorizo a los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas y demás prestadores de servicios médicos que correspondan, para que en caso de ser necesario proporcionen a la compañía aseguradora toda la información relacionada con mi estado de salud.

Asimismo, autorizamos a las Compañías de Seguros a las que previamente hemos solicitado pólizas para que proporcionen a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., la información de su conocimiento y que a su vez Grupo Nacional Provincial, S.A.B., 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. Esta información puede ser requerida en cualquier momento que la Compañía lo considere oportuno.

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. Por lo anterior:

| SOLICITANTE TITULAR (y de su Representante Legal si es menor de edad) | CONTRATANTE (Solo si es diferente al Solicitante) |
|---|---|
| <input type="radio"/> Si consiento dicho tratamiento <input type="radio"/> No consiento dicho tratamiento | <input type="radio"/> Si consiento dicho tratamiento <input type="radio"/> 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.

He leído de conformidad las advertencias y declaraciones inscritas en esta 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.

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.

Será una agravación esencial del riesgo, por lo que cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Cliente(s) o Beneficiario(s), en los términos del Art 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, así como por autoridades competentes de carácter extranjero cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en el presente párrafo; o, si el nombre del(los) Cliente(s) o Beneficiario(s), sus actividades, los bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades, son publicados en una lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos anteriormente citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Estado Mexicano tenga celebrado alguno de los tratados antes mencionados.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la aseguradora tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Solicitante(s), Beneficiario(s) o Contratante deje de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este contrato de seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

Declaro bajo protesta de decir verdad que la contratación descrita en la presente Solicitud se realiza con recursos propios, de origen lícito 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.

El Solicitante Titular y/o Contratante declara(n) que le(s) 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, Periodos de Espera, Cláusulas Generales y/o Particulares, las cuales conoce(n), entiende(n) y acepta(n) 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(n) conocimiento de que las Condiciones Generales del Plan a contratar también se encuentran en la página gnp.com.mx o bien, puede(n) solicitarlas nuevamente a 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.

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.

_____, a _____ de _____ de _____.

Firma del Contratante

Firma del Asegurado Titular
(En caso de que sea distinto al Contratante)

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 al correo electrónico: unidades@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 5340 0999 desde la Ciudad de México o al 01 800 999 8080 desde el Interior de la República, al correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o visite la página condusef.gob.mx.

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.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el producto de seguros denominado Gastos Médicos Accesible, quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 02 de Octubre de 2015, con el número CNSF-S0043-0448-2015”.