Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Avenida Cerro de las Torres No. 395
Colonia Campestre Churubusco C.P. 04200,
México, Ciudad de México, R.F.C. GNP9211244P0
www.gnp.com.mx

Mi Mascota GNP

Solicitud Seguro

Los datos sombreados son indispensables para el trámite de la cotización; para la emisión, deberán llenarse todos los campos

En renovaciones indicar sólo las modificaciones en los campos correspondientes.

☐ Negocio nuevo ☐ Renovación Fecha de solicitud: día | mes | año

☐ Cotización ☐ Versión / modificación

Codigo del Producto **D0101Masc**

Póliza No. _____

Datos del Agente

Clave cliente _____ Nombre _____

Datos del Contratante

Nombre o Razón Social _____

Domicilio principal Código de cliente _____

Domicilio (calle, no. y colonia) _____

Estado y/o población _____ Código Postal _____ R.F.C. _____

Correo electrónico _____ Teléfono _____ Ext. _____

Datos generales de la póliza

Moneda: ☑ Pesos M.N. ☐ Dólares

Inicio de vigencia día ____ mes ____ año ____

Fin de vigencia día ____ mes ____ año ____

Forma de pago

☐ Anual ☐ Semestral ☐ Mensual ☐ Trimestral

Datos de cobro

Canales de cobro

☐ Automático ☐ Transferencia ☐ Manual ☐ Agente

Datos de quien paga las primas (sólo en caso de ser distinto al contratante) Domicilio principal ☐ Sí ☐ No

Nombre (s), apellido paterno, apellido materno/razón social _____

Código de cliente _____ Tipo de identificación ☐ IFE ☐ CURP ☐ Pasaporte

Correo electrónico _____ No. de identificación _____

Domicilio (calle, no. y colonia) _____

C.P. _____ Alcaldía o población _____ Estado y/o municipio _____

Teléfono (1) _____ Ext. _____ Teléfono (2) _____ Ext. _____

Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Avenida Cerro de las Torres No. 395
Colonia Campestre Churubusco C.P. 04200,
México, Ciudad de México, R.F.C. GNP9211244P0
www.gnp.com.mx

Solicitud Seguro

Datos del Asegurado (solicitante)

Nombre asegurado: _____

Domicilio principal Código de cliente _____

Domicilio (calle, no. y colonia) _____

Estado y/o población _____ Código Postal _____ R.F.C. _____

Correo electrónico _____ Teléfono _____ Ext. _____

Datos de la Mascota asegurada

Tipo: ☐ Canino ☐ Felino

Nombre de la mascota: _____ Raza: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Color: _____ Fecha de nacimiento: _____ Peso: _____ Tamaño: _____

Numero de Registro: _____ Número de Chip: _____ Valor de la mascota: _____

Seña Particular: _____

Coberturas, sumas aseguradas

☑ Responsabilidad Civil Mascotas	
Suma asegurada:	$ _____
☐ Gastos Médicos Veterinarios	
Suma asegurada:	$ _____
Deducible:	XX%
Franquicia:	$____
☐ Fallecimiento Mascotas	
Suma asegurada:	$ _____
Deducible:	XX%
☐ Robo con Violencia Mascotas	
Suma asegurada:	$ _____
Deducible:	XX%
☐ Orientación Veterinaria Telefónica	
☐ Desparasitación	
☐ Pipeta Antipulgas	
☐ Vacuna antirrabica	
☐ Servicio de Cremación por Enfermedad o Accidente Grave	
☐ Servicio de Esterilización	
☐ Consulta Médica Veterinaria en Red o en Domicilio	
☐ Corte de Uñas, Limpieza Externa de Oídos y Limpieza de Dientes	
☐ Baño y Peluquería	
☐ Referencia y Coordinación con Salón de Belleza, Boutiques y Clínicas Veterinarias	
☐ Asistencia Legal Telefónica por Daños a Terceros	
☐ Referencia con Guarderías / Hoteles de Mascotas	

En caso de requerir la contratación de un paquete, seleccione la opción de su preferencia:

☐ Paquete Esencial:

- Responsabilidad Civil Mascotas
- Gastos Médicos Veterinarios
- Orientación Veterinaria Telefónica
- Desparasitación
- Pipeta antipulgas
- Vacuna antirrábica
- Servicio de Cremación por Enfermedad o Accidente Grave

☐ Paquete Superior:

Paquete Esencial y:

- Fallecimiento Mascotas
- Servicio de Esterilización
- Consulta Médica Veterinaria en Red o en Domicilio
- Corte de Uñas, Limpieza Externa de Oídos y Limpieza de Dientes
- Baño y Peluqería

☐ Paquete Máximo:

Paquete Superior y:

- Robo con Violencia Mascotas

Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Avenida Cerro de las Torres No. 395
Colonia Campestre Churubusco C.P. 04200,
México, Ciudad de México, R.F.C. GNP9211244P0
www.gnp.com.mx

Datos del médico veterinario que atiende a la Mascota

Nombre: _____ Cedula Profesional: _____

Nombre de la Clinica Veterinaria donde se atiende la mascota: _____

Dirección de la clínica: _____ Teléfono: _____

Conozcamos Mejor a tu Mascota:

Vive solo (a) y únicamente con su mascota: ☐ Si ☐ No El perro duerme en la azotea: ☐ Si ☐ No

Describa el lugar donde comunmente habita la Mascota: _____

La mascota cuenta con Cartilla de vacunación y desparacitación completa ☐ Si ☐ No *Ayudanos Adjuntando copia*

La mascota sale de viaje: ☐ Si ☐ No Con que frecuencia y que transporte usa: _____

Con que Frecuencia visita al Veterinario: _____

¿Cuales son los motivos por los que visita al veterinario?: _____

Se le han practicado cirugias a la Mascota: ☐ Si ☐ No Hace cuanto tiempo se la practicarón: _____

Si la respuesta anterior fue afirmativa ¿Qué cirugias le practicarón?: _____

¿Qué enfermedades ha padecido la mascota en el últmo año?: _____

En caso de que la Mascota (perro o gato) sea de raza pura, para la cobertura de Fallecimientos pudiese estar condicionada a los requisitos solicitados por la Compañia.

Observaciones del agente

Otros seguros

¿El asegurado tiene contratado con otra(s) compañía(s) pólizas con el mismo riesgo o por el mismo interés?

_____ Sí _____ No

Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Avenida Cerro de las Torres No. 395
Colonia Campestre Churubusco C.P. 04200,
México, Ciudad de México, R.F.C. GNP9211244P0
www.gnp.com.mx

Declaración del solicitante

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.

Para proceder a la entrega de la Póliza, la Compañía debe contar con la documentación cotejada conforme a lo dispuesto en el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. **-Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.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.

El Solicitante y/o Contratante declara(n) que le(s) fue explicado el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que se refiere a sus derechos básicos, 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 este documento en términos del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro (Precepto legal disponible en gnp.com.mx).

Las exclusiones y limitantes pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro y tiene(n) conocimiento que las Condiciones Generales del Contrato de Seguro también se encuentran en la página gnp.com.mx, puede(n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros o llamando al 55 5227 - 9000 desde cualquier parte de la República 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.

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, Alcaldía Coyoacán, C.P.04200, comunicarse al 55 5227 9000 desde cualquier parte de la república, o bien al correo electrónico: unidad.especializada@gnp.com.mx.

Declaro bajo protesta de decir verdad que la contratación descrita en la presente Solicitud se realiza con recursos propios y únicamente en beneficio del Contratante descrito en este documento. Lo anterior, de conformidad con las Políticas en materia de Prevención de Lavado de Dinero o en materia de Identificación de Clientes, según corresponda., bajo el principio de la buena fe, (hemos) llenado el formato con nuestro puño y letra.

Declaración de Agente

El Agente que suscribe realizó una entrevista personal con el Contratante y la(s) persona(s) que solicita(n) el presente Seguro, con la finalidad de obtener los datos personales que fueron asentados en esta Solicitud. Asimismo, recabé copia simple de los documentos de identificación y los cotejé con los originales que tuve a la vista, en el caso de que estos hayan sido requeridos, de acuerdo al monto de la prima del negocio.

Bajo protesta de decir verdad, he informado al(los) Solicitante(s), de manera clara y detallada, a quien pretenda contratar el seguro, sobre el alcance real de la cobertura y 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 Ley Instituciones de Seguros y de Fianzas -Precepto(s) legal (es) disponible(s) en gnp.com.mx-). Asimismo, me consta que el contenido de la misma fue llenado de puño y letra por parte del(los) Solicitante(s) y Contratante.

_____ Nombre y firma del agente _____ Clave del agente _____ Oficina
_____ Lugar y fecha

Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Avenida Cerro de las Torres No. 395
Colonia Campestre Churubusco C.P. 04200,
México, Ciudad de México, R.F.C. GNP9211244P0
www.gnp.com.mx

Aviso de Privacidad

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP) se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral, disponible en la página de internet gnp.com.mx en la sección de Aviso de Privacidad.

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 www.gnp.com.mx

___ Si ___ No Consiento y autorizo dicho tratamiento.

En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, reconozco mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

_____ Nombre y firma del solicitante _____ Lugar y fecha

Consentimiento

GNP pondrá a disposición de Asegurado, la Documentación Contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico indicado en esta solicitud de seguro.

___ Si ___ No Consiento y autorizo dicho tratamiento.

Por lo anterior, el Asegurado otorga su consentimiento a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP) para realizar la entrega de la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro a través de la vía digital.

_____ Nombre y firma del solicitante _____ Lugar y fecha

"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 27 de Abril de 2026, con el número PPAQ-S0043-0015-2026/CONDUSEF-006172-06."