

Por favor, llene este documento con letra de molde y tinta negra. No omita ningún dato ni utilice abreviaturas. Esta Solicitud no será válida si presenta tachaduras o enmendaduras.

SOLICITANTE / ASEGURADO	
NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa) ,
VIAJA EN CALIDAD DE <input type="radio"/> Piloto <input type="radio"/> Miembro de la tripulación <input type="radio"/> Pasajero <input type="radio"/> Paracaidista	

	TIPO / SUBTIPO DE VUELO	TIPO DE AERONAVE	HORAS DE VUELO
PASAJERO	<input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Militar <input type="radio"/> Ocupación / Trabajo <input type="radio"/> Acrobacia <input type="radio"/> Fumigación <input type="radio"/> Topografía <input type="radio"/> Fotografía aérea <input type="radio"/> Deportivo <input type="radio"/> Acrobacia		
	<input type="radio"/> Deportivo <input type="radio"/> Placer <input type="radio"/> Particular / Privado <input type="radio"/> Estudio / Instrucción <input type="radio"/> Mecánico	<input type="radio"/> Ultraligero / Avioneta  <input type="radio"/> Hidroplano <input type="radio"/> Helicóptero <input type="radio"/> Avión / Jet	<input type="radio"/> Hasta 40 horas anuales <input type="radio"/> De 41 hasta 150 horas anuales <input type="radio"/> De 151 hasta 350 horas anuales <input type="radio"/> De 351 hasta 600 horas anuales <input type="radio"/> Más de 600 horas anuales

	TIPO DE VUELO	FRECUENCIA
PARACAIDISMO	<input type="radio"/> Militar <input type="radio"/> Ocupación / Trabajo <input type="radio"/> Profesional	
	<input type="radio"/> Deportivo	<input type="radio"/> Hasta 3 veces a la semana <input type="radio"/> Más de 3 veces a la semana

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 / ASEGURADO <input type="radio"/> Si consiento dicho tratamiento <input type="radio"/> No consiento dicho tratamiento

*El Solicitante / Asegurado 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 este Cuestionario de Riesgo 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.*

“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 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ con el número \_\_\_\_\_”.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL SOLICITANTE /ASEGURADO