

Solicitud para la Cobertura de Respaldo Hospitalario

Póliza No.	Cobranza No. (si cuenta con él)	Fecha
		día mes año

I. Datos del solicitante titular						
1	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente (si cuenta con él)		
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	CURP (si cuenta con ella)
Estado civil	Ocupación actual		Sexo	Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)		
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
¿El solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años?			<input type="checkbox"/> Sí Definir cargo:	Correo electrónico (si cuenta con él)		
			<input type="checkbox"/> No			
Domicilio particular						
Calle				No. exterior	No. interior	
Colonia				C.P.		
Municipio o delegación		Ciudad o población	Entidad federativa	Pais	clave lada	Teléfono
¿Qué deportes practica?			<input type="checkbox"/> No profesional	Indique la frecuencia de la práctica		
			<input type="checkbox"/> Profesional	No. de veces _____ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual		
Estatura y peso	¿Fuma o fumó?	¿Cuántos cigarros o puros al día?	¿Cuándo dejó de fumar?	¿Consumo o consumió bebidas alcohólicas?	¿Consumo o ha consumido algún tipo de estupefaciente o droga?	
_____ mts. _____ kgs.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Cantidad en copas _____ Frecuencia <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique	
II. Datos de los solicitantes						
2	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente (si cuenta con él)		
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	Sexo
						<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Ocupación actual (si es mayor de edad)			Parentesco con el Asegurado titular			
¿Qué deportes practica?			<input type="checkbox"/> No profesional	Indique la frecuencia de la práctica		
			<input type="checkbox"/> Profesional	No. de veces _____ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual		
Estatura y peso	¿Fuma o fumó?	¿Cuántos cigarros o puros al día?	¿Cuándo dejó de fumar?	¿Consumo o consumió bebidas alcohólicas?	¿Consumo o ha consumido algún tipo de estupefaciente o droga?	
_____ mts. _____ kgs.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Cantidad en copas _____ Frecuencia <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique	
3	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente (si cuenta con él)		
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	Sexo
						<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Ocupación actual (si es mayor de edad)			Parentesco con el Asegurado titular			
¿Qué deportes practica?			<input type="checkbox"/> No profesional	Indique la frecuencia de la práctica		
			<input type="checkbox"/> Profesional	No. de veces _____ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual		
Estatura y peso	¿Fuma o fumó?	¿Cuántos cigarros o puros al día?	¿Cuándo dejó de fumar?	¿Consumo o consumió bebidas alcohólicas?	¿Consumo o ha consumido algún tipo de estupefaciente o droga?	
_____ mts. _____ kgs.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Cantidad en copas _____ Frecuencia <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique	
4	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Código cliente (si cuenta con él)		
R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	Sexo
						<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Ocupación actual (si es mayor de edad)			Parentesco con el Asegurado titular			
¿Qué deportes practica?			<input type="checkbox"/> No profesional	Indique la frecuencia de la práctica		
			<input type="checkbox"/> Profesional	No. de veces _____ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual		
Estatura y peso	¿Fuma o fumó?	¿Cuántos cigarros o puros al día?	¿Cuándo dejó de fumar?	¿Consumo o consumió bebidas alcohólicas?	¿Consumo o ha consumido algún tipo de estupefaciente o droga?	
_____ mts. _____ kgs.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Cantidad en copas _____ Frecuencia <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique	
<hr/> Firma del solicitante titular						

5	Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)			Código cliente (si cuenta con él)					
R.F.C.		letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Ocupación actual (si es mayor de edad)		Parentesco con el Asegurado titular			
¿Qué deportes practica?							<input type="checkbox"/> No profesional <input type="checkbox"/> Profesional		Indique la frecuencia de la práctica No. de veces _____ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual				
Estatura y peso _____ mts. _____ kgs.		¿Fuma o fumó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuántos cigarros o puros al día?		¿Cuándo dejó de fumar?		¿Consumo o consumió bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cantidad en copas _____ Frecuencia <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual		¿Consumo o ha consumido algún tipo de estupefaciente o droga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique			
6	Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)			Código cliente (si cuenta con él)					
R.F.C.		letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Ocupación actual (si es mayor de edad)		Parentesco con el Asegurado titular			
¿Qué deportes practica?							<input type="checkbox"/> No profesional <input type="checkbox"/> Profesional		Indique la frecuencia de la práctica No. de veces _____ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual				
Estatura y peso _____ mts. _____ kgs.		¿Fuma o fumó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuántos cigarros o puros al día?		¿Cuándo dejó de fumar?		¿Consumo o consumió bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cantidad en copas _____ Frecuencia <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual		¿Consumo o ha consumido algún tipo de estupefaciente o droga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique			
Nota: Para alpinismo, automovilismo, espeleología, buceo, motociclismo, cacería, aviación y paracaidismo, favor de llenar el cuestionario correspondiente													
Domicilio distinto Si alguno de los solicitantes no vive en el mismo domicilio del solicitante titular, favor de indicarlo con el número que le corresponda (2, 3, 4, 5 y 6).													
Solicitante		Población			C.P.		Solicitante		Población			C.P.	
III. Datos del contratante persona física (sólo en caso de ser distinto al solicitante titular)													
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)			Código cliente (si cuenta con él)						
R.F.C.		letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	CURP (si cuenta con ella)		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)			
Ocupación actual				Actividad o giro del negocio donde trabaja				Correo electrónico (si cuenta con él)					
¿El solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								Definir cargo:		Relación con el solicitante titular			
Contratante (en caso de existir como persona moral)													
Razón social								Código cliente (si cuenta con él)					
R.F.C.		letras	año	mes	día	homoclave	Giro mercantil, actividad u objeto social			Correo electrónico o página de internet (si cuenta con ella)			
Nombre del representante legal													
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)									
Domicilio del contratante (persona física o moral)													
Calle							No. exterior		No. interior				
Colonia							C.P.						
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País (si es distinto a México)		clave lada		Teléfono			
IV. Cobertura a contratar													
Indemnización Diaria por Hospitalización				Suma Asegurada \$ _____									
<p>_____</p> <p>Firma del solicitante titular</p>													

V. Beneficiarios

Nota Importante: El Asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre. La designación de beneficiarios otorga el derecho de los beneficiarios del seguro, por lo que no son recomendables las designaciones para que una persona cobre la Suma Asegurada y la entregue a otros.

Advertencia: En caso que desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros

cargos similares y no consideran al contrato de seguro como instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Solicitante	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios			Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento			Cobertura		
					%	día	mes	año	RF	RH	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Calle					No. exterior			No. interior			
Colonia					C.P.						
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País		clave lada		Teléfono	
Solicitante	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios			Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento			Cobertura		
					%	día	mes	año	RF	RH	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Calle					No. exterior			No. interior			
Colonia					C.P.						
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País		clave lada		Teléfono	
Solicitante	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios			Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento			Cobertura		
					%	día	mes	año	RF	RH	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Calle					No. exterior			No. interior			
Colonia					C.P.						
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País		clave lada		Teléfono	
Solicitante	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios			Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento			Cobertura		
					%	día	mes	año	RF	RH	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Calle					No. exterior			No. interior			
Colonia					C.P.						
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País		clave lada		Teléfono	
Solicitante	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios			Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento			Cobertura		
					%	día	mes	año	RF	RH	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Calle					No. exterior			No. interior			
Colonia					C.P.						
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País		clave lada		Teléfono	
Solicitante	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios			Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento			Cobertura		
					%	día	mes	año	RF	RH	
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Calle					No. exterior			No. interior			
Colonia					C.P.						
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País		clave lada		Teléfono	

Firma del solicitante titular

VI. Cobranza (Primas del seguro)				
Forma de pago <input type="checkbox"/> Mensual* <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <small>*Sólo con cargos automáticos</small>		Conducito de pago <input type="checkbox"/> Cargo a tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> Domiciliación <input type="checkbox"/> Agente		
En caso de haber elegido Domiciliación o Cargo a tarjeta de crédito como conducito de pago, llenar los siguientes datos del contratante.				
Domiciliación CLABE <input style="width: 100px;" type="text"/>		Tarjeta de débito <input style="width: 100px;" type="text"/>		
		Fecha de vencimiento <input style="width: 20px;" type="text"/> mes <input style="width: 20px;" type="text"/> año		
Cargo a tarjeta de crédito				
Banco <input style="width: 100px;" type="text"/>		Tarjeta No. <input style="width: 100px;" type="text"/>		
		Fecha de vencimiento <input style="width: 20px;" type="text"/> mes <input style="width: 20px;" type="text"/> año		
Banco <input style="width: 100px;" type="text"/>		Tarjeta opcional No. <input style="width: 100px;" type="text"/>		
		Fecha de vencimiento <input style="width: 20px;" type="text"/> mes <input style="width: 20px;" type="text"/> año		
Solicito y autorizo el cargo a mi cuenta bancaria de cheques o tarjeta de crédito, de acuerdo al contrato de apertura con la institución bancaria del cual se sirvan pagar por mi cuenta a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. los cargos por conceptos, periodicidad y montos que se detallan, liberando al banco de cualquier reclamación.				
VII. Ocupación				
Indique si alguno de los solicitantes se dedica o trabaja actualmente en alguna de las siguientes actividades. En caso de respuesta afirmativa especifique en el apartado al final de esta sección.				
	Sí	No	Solicitante(s)	
1. Operador de maquinaria pesada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Trabaja con explosivos, solventes, productos químicos peligrosos o sustancias radioactivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Visita o asiste a obras o construcciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Utiliza, maneja, o su trabajo está relacionado con la utilización o portación de armas de fuego - seguridad - rescate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Agrícola con uso de fertilizantes, pesticidas, herbicidas, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Utiliza motocicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Viaja en aviones particulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nota: En caso de respuesta afirmativa sobre Sustancias radioactivas, Motociclismo y Aviación, anexar cuestionario correspondiente.				
Especificación				
VIII. Información médica (en caso de alguna respuesta afirmativa indique el detalle en el apartado 5 de esta sección)				
1. ¿Algún solicitante padece o ha padecido alguna enfermedad como hipertensión arterial, infarto, hepatitis, diabetes, epilepsia, esclerosis, fiebre reumática, SIDA, cáncer, tumores, enfermedades mentales, pulmonares, renales, neurológicas y cardiovasculares?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. ¿Algún solicitante ha sido hospitalizado o le han hecho alguna cirugía (incluyendo cirugías ambulatorias) por cualquier enfermedad o accidente?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Algún solicitante padece alguna otra enfermedad no referida en el apartado 1, está en tratamiento o tiene programada atención médica o quirúrgica?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Exclusivo para mujeres (a partir de 15 años)				
	Solicitante	Especificación		
¿Alguna solicitante está actualmente embarazada? Especifique meses de gestación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Ha tenido alguna complicación en alguno de sus embarazos anteriores? Especifique meses de gestación y tipo de complicación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
5. Información a detalle para casos de respuesta afirmativa				
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio <input style="width: 20px;" type="text"/> mes <input style="width: 20px;" type="text"/> año	¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio <input style="width: 20px;" type="text"/> mes <input style="width: 20px;" type="text"/> año	¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio <input style="width: 20px;" type="text"/> mes <input style="width: 20px;" type="text"/> año	¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio <input style="width: 20px;" type="text"/> mes <input style="width: 20px;" type="text"/> año	¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique
Solicitante	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio <input style="width: 20px;" type="text"/> mes <input style="width: 20px;" type="text"/> año	¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique
Si requiere llenar con más información, favor de solicitar un anexo a su agente				
_____ Firma del solicitante titular				

Observaciones

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

De interés para el solicitante (Leerlo antes de firmar)

Conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro, se deben declarar todos los datos requeridos en esta solicitud en forma verídica; en la inteligencia que la inexacta o no declaración de estos datos originará la pérdida de derechos del asegurado y/o beneficiarios. En caso de alguna omisión o inexacta declaración de los hechos importantes, la Compañía de Seguros tiene la facultad de rescindir el contrato celebrado y de abstenerse de realizar cualquier pago a favor del Asegurado (Art. 8, 47 Ley sobre el Contrato de Seguro).

Asimismo, autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado pólizas, para que proporcionen a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de mi solicitud y que a su vez, GNP 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 del ramo que le sea solicitada por mi persona.

Si ha estado asegurado con otras compañías y requiere reducir o eliminar periodos de espera, anexe a esta solicitud la carátula de la póliza en donde se indique la antigüedad de cada asegurado, condiciones de aseguramiento y el comprobante de pago de la misma.

Bajo protesta de decir verdad declaro: que todos los hechos aquí mencionados son verídicos y estoy de acuerdo en que con base en ellos la aseguradora valore el riesgo a contratar. Asimismo, reconozco que los padecimientos preexistentes no quedarán cubiertos en la póliza, salvo si fueron expresamente cubiertos por la aseguradora, considerando este documento como parte integrante de mi contrato para todos los efectos a que haya lugar.

Se consideran padecimientos preexistentes, de acuerdo a las Condiciones Generales, apartado de Definiciones, aquellos que hayan sido declarados antes de la celebración del contrato, y/o; que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, y/o; diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o; por el que previamente a la fecha de celebración del contrato, se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico.

Nombre y firma del solicitante titular
 (Y de su representante legal si es menor de edad)

Nombre y firma del contratante
 (Sólo si es diferente al solicitante)

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 www.gnp.com.mx. Por lo anterior:

Si Consiento dicho tratamiento **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.

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. Por lo anterior:

Si Consiento dicho tratamiento **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.

Nombre y firma del solicitante titular
 (Y de su representante legal si es menor de edad)

Nombre y firma del contratante
 (Sólo si es diferente al solicitante)

Para ser llenado por el(los) agente(s)

¿Cuánto tiempo hace que conoce al solicitante? Si No ¿Recomienda usted a su cliente, tanto por aspecto saludable como por su moralidad, hábitos y reputación? Si No ¿Tiene algún parentesco con el solicitante? Sí No

Datos del agente							
Clave	CUA	Contrato	Folio	D.A.	Nombre	Distribución	Firma del agente
						%	
Clave	CUA	Contrato	Folio	D.A.	Nombre	Distribución	Firma del agente
						%	