

Tipo de trámite: ALTA		FECHA DE MOVIMIENTO	
Forma de pago: DESCUENTO POR NÓMINA CONTADO			
I. DATOS DEL ASEGURADO			
R.F.C.		No. de expediente	
Clave de Marca			
Teléfono Particular		Teléfono de Oficina	
No. de extensión			
Nombre (s)		Apellido Paterno	
Apellido Materno			
Calle y número		Colonia	
Código Postal			
Estado		Alcaldía o Municipio	
Ciudad o Población			
Correo electrónico		Conductor habitual	
Beneficiario Preferente (sólo para instituciones bancarias):			
Al designar beneficiario preferente acepto que este será el único autorizado para cancelar la póliza a solicitud y no me exenta de la obligación de pago de acuerdo a lo establecido en las condiciones particulares del seguro voluntario de vehículos propiedad de los servidores públicos, pensionados y jubilados del Poder Judicial de la Federación.			
II. DATOS DEL AUTOMÓVIL			
Marca y características a detalle:		Modelo:	
Número de serie:		No. de Motor	
Placas:			
En caso de que su vehículo cuente con accesorios opcionales, tales como, estéreos, rines especiales, tumbaburros, faros de alógeno, etc; que no estén descritos en la factura y no sea equipo instalado de fábrica, para asegurarlos deberá relacionar los mismos con copia legible de la factura respectiva y se darán de alta como equipo especial y/o adaptación, en caso contrario se cubrirán los siniestros sin considerar el valor de los equipos mencionados.			
EQUIPO ESPECIAL:			
III. PAQUETE DE COBERTURAS DE LINEA			
COBERTURA AMPLIA* • DAÑOS MATERIALES • ROBO TOTAL • RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A TERCEROS BIENES • RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A TERCEROS PERSONAS • GASTOS MÉDICOS OCUPANTES • GASTOS LEGALES • EXENC. DE DED X PT EN DM • ASISTENCIA VIAL CLUB GNP		COBERTURA LIMITADA • ROBO TOTAL • RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A TERCEROS BIENES • RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A TERCEROS PERSONAS • GASTOS MÉDICOS OCUPANTES • GASTOS LEGALES • EXENC. DE DED X PT EN DM • ASISTENCIA VIAL CLUB GNP	
*Para modelos 2005 en adelante		*No importa el modelo	
IV. COBERTURAS OPCIONALES QUE PUEDEN ANEXAR			
COBERTURAS OPCIONALES AMPLIA SIEMPRE EN AGENCIAS (MODELOS 2021 EN ADELANTE) ROBO PARCIAL EXTERIORES (FACTURADOS 2011 EN ADELANTE) AUTO SUSTITUTO (MÁXIMO 1 EVENTO POR AÑO) VALOR FACTURA (SOLO DURA UN AÑO) ADAPTACIONES, CONVERSIONES Y EQUIPO ESPECIAL (CON FACTURA QUE DEMUESTRE LA ADAPTACIÓN) ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS AL CONDUCTOR (FALLECIMIENTO O PÉRDIDAS ORGÁNICAS) CERO DEDUCIBLE EN ROBO TOTAL (SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO HAYA INSTALADO EL DISPOSITIVO DE LOCALIZACIÓN) DAÑOS MATERIALES DE LLANTAS Y/O RINES (NO AMPARA RINES NI LLANTAS DIFERENTES A LOS DE FÁBRICA) RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA		COBERTURAS OPCIONALES LIMITADA ROBO PARCIAL EXTERIORES (FACTURADOS 2011 EN ADELANTE) AUTO SUSTITUTO (MÁXIMO 1 EVENTO POR AÑO) VALOR FACTURA (SOLO DURA UN AÑO) ADAPTACIONES, CONVERSIONES Y EQUIPO ESPECIAL (CON FACTURA QUE DEMUESTRE LA ADAPTACIÓN) ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS AL CONDUCTOR (FALLECIMIENTO O PÉRDIDAS ORGÁNICAS) CERO DEDUCIBLE EN ROBO TOTAL RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA	
		COBERTURAS OPCIONALES RESPONSABILIDAD CIVIL ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS AL CONDUCTOR FALLECIMIENTO O PÉRDIDAS ORGÁNICAS RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA	

Tipo de trámite: BAJA		Número de Póliza	
Forma de pago: CONTADO			
I. DATOS DEL ASEGURADO			
Nombre (s)		Apellido Paterno	
		Apellido Materno	
No. de expediente		Correo electrónico	
II. DATOS DEL AUTOMÓVIL			
Marca y características a detalle:		Modelo:	
Número de serie:		No. de Motor	
		Placas:	
Tipo de trámite: MODIFICACIÓN		Número de Póliza	
Forma de pago: DESCUENTO POR NÓMINA		CONTADO	
I. DATOS DEL ASEGURADO			
Nombre (s)		Apellido Paterno	
		Apellido Materno	
No. de expediente		Correo electrónico	
II. DATOS DEL AUTOMÓVIL			
Marca y características a detalle:		Modelo:	
Número de serie:		No. de Motor	
		Placas:	
*En caso de existir una modificación en la Póliza ingresa la información en los siguientes recuadros:			
Dice:		Debe decir:	
La póliza no amparará vehículos de servicio público tales como taxis o por aplicación, camionetas de carga, vehículos de turismo o con fines de lucro.			
En caso de haber elegido la forma de pago por descuento por nómina, autorizo a la dependencia para que cubra con cargo a mi sueldo las cantidades que correspondan al pago de primas de las coberturas contratadas en mi seguro bajo el plan de descuento por nómina y sea entregado a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. para su aplicación. Así mismo, acepto que en caso de que esta cantidad se modifique por movimientos a la póliza; el descuento sea actualizado automáticamente con la información que remita la Aseguradora.			
ENTIENDO Y ACEPTO QUE LAS CONDICIONES APLICABLES A LA PÓLIZA QUE ESTOY SOLICITANDO MEDIANTE EL PRESENTE FORMATO, SON LAS ESTABLECIDAS EN EL PROCEDIMIENTO PARA LA FACILITACIÓN DEL SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS PROPIEDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS, PENSIONADAS Y JUBILADAS DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN.			
LUGAR Y FECHA		FIRMA DEL SOLICITANTE	
AVISO DE PRIVACIDAD			
Reconozco que previo a proporcionar los datos personales, se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (en lo sucesivo GNP), el cual he leído y comprendido, por lo que tengo conocimiento de (i) la identidad y domicilio de GNP; (ii) los datos personales que serán sujetos a tratamiento; (iii) las finalidades primarias y secundarias del tratamiento, así como las transferencias que van a efectuarse; (iv) los medios habilitados para limitar el uso o divulgación de mis datos personales y/o revocar mi consentimiento, así como para ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Asimismo manifiesto tener conocimiento que puedo consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página www.gnp.com.mx. Por lo anterior, en mi carácter de titular, una vez que he sido informado sobre el tratamiento al que serán sujetos los datos personales, otorgo consentimiento expreso y por escrito para que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. los trate en términos de lo señalado en el referido Aviso de Privacidad. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento, así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta. Entiendo que el consentimiento para el tratamiento de los datos personales no será necesario cuando la finalidad del tratamiento sea cumplir obligaciones derivadas del contrato de seguro.			
FIRMA DEL SOLICITANTE			