

No. de póliza	Fecha		
	día	mes	año

Favor de ser llenada con letra molde.

Datos del Contratante persona física

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Sexo al nacer <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento día mes año	Código de cliente*
R.F.C.	letras año mes día homoclave	CURP	País y Estado de nacimiento		
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*		No. de identificación fiscal y País emisor (solo extranjeros)	Régimen Fiscal	Nacionalidad(es)	
Relación o parentesco con el Asegurado		Ocupación actual	Giro del negocio donde trabaja	Correo electrónico	

¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en los últimos cuatro años?
 Sí No Definir cargo y dependencia:

Contratante (en caso de existir como persona moral)

Razón o denominación social	Régimen de Capital	Giro mercantil, actividad u objeto social	Correo electrónico o página de Internet		
R.F.C.	letras año mes día homoclave	Código de cliente*	Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*		
Fecha de constitución día mes año	Folio mercantil	No. de identificación fiscal y País emisor (solo extranjeros)	Régimen Fiscal	Nacionalidad(es)	

Nombre del Representante Legal

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento día mes año	% de acciones
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento día mes año	% de acciones

Domicilio Particular del Contratante (persona física o moral)

Calle	No. exterior	No. interior	Colonia	C.P.
Municipio o Alcaldía	Ciudad o Población	Entidad Federativa	País	Lada Teléfono

Domicilio Fiscal del Contratante (persona física o moral)

Calle	No. exterior	No. interior	Colonia	C.P.
Municipio o Alcaldía	Ciudad o Población	Entidad Federativa	País	Lada Teléfono

* Si cuenta con ella.

III. Cambio de Contratante persona física										■ Alta		■ Baja		■ Cambio	
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)			Sexo al nacer <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Fecha de nacimiento día mes año		Código de cliente*		
R.F.C.	letras		año	mes	día	homoclave		CURP			País y Estado de nacimiento				
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*					No. de identificación fiscal y País emisor (solo extranjeros)				Régimen Fiscal		Nacionalidad(es)				
Relación o parentesco con el Asegurado				Ocupación actual			Giro del negocio donde trabaja			Correo electrónico					
¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en los últimos cuatro años? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Definir cargo y dependencia:															

Cambio de Contratante (en caso de ser persona moral)										■ Alta		■ Baja		■ Cambio	
Razón o denominación social				Régimen de Capital			Giro mercantil, actividad u objeto social			Correo electrónico o página de Internet					
R.F.C.	letras		año	mes	día	homoclave		Código de cliente si cuenta con el*		Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*					
Fecha de constitución día mes año		Folio mercantil		No. de identificación fiscal y País emisor (solo extranjeros)			Régimen Fiscal		Nacionalidad(es)						

Nombre del Representante Legal													
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)							
Persona física que posea o controle, directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior al 25% del capital o de los derechos de voto, o en su defecto, el administrador único o director													
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)			Fecha de nacimiento día mes año		% de acciones		
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)			Fecha de nacimiento día mes año		% de acciones		

Domicilio Particular del Contratante (persona física o moral)										
Calle				No. exterior	No. interior	Colonia			C.P.	
Municipio o Alcaldía		Ciudad o Población			Entidad Federativa		País		Lada Teléfono	

Domicilio Fiscal del Contratante (persona física o moral)										
Calle				No. exterior	No. interior	Colonia			C.P.	
Municipio o Alcaldía		Ciudad o Población			Entidad Federativa		País		Lada Teléfono	

* Si cuenta con ella.

IV. Otros cambios

Comprobación de edad (es necesario presentar documento oficial que lo avale)

Corregir nombre del Asegurado. El nombre es: _____

Reconsideración de extraprima

Otros cambios:

Favor de indicar la información que se anexa a esta solicitud para llevar a cabo el trámite

Para el trámite solicitado hago el depósito de:	<input type="checkbox"/> En efectivo _____	Banco
\$ _____	<input type="checkbox"/> Cheque número _____	
Ingresado en oficina	Folio	Fecha
		día mes año

Datos Personales y Consentimiento

Reconozco que previo a proporcionar los datos personales, incluyendo los del (los) menor(es) de edad de los cuales ostento la patria potestad y/o debida representación legal o tutela en caso de aplicar, 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 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, y/o padre o tutor del (los) menor (menores) de edad de los cuales ostento la patria potestad y/o debida representación legal o tutela en caso de aplicar, 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, incluyendo los del (los) menor(es) de edad, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento, y/o de quien(es) ostente(n) la patria potestad y/o debida representación legal o tutela en caso de aplicar; 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.

Para proceder a la entrega de la Póliza, la Compañía debe contar con la documentación cotejada conforme a disposiciones de PLD (Prevención de Lavado de Dinero).

Nombre y firma del Asegurado 1

Nombre y firma del Asegurado 2

Nombre y firma del Contratante 1

Nombre y firma del nuevo Contratante

Datos del Agente

Clave	Zona	Nombre completo	Firma