

Solicitud de movimientos (H-107)

Vida Individual
Documento para uso exclusivo de la Institución

Favor de ser llenada con letra molde.

No. de póliza

Fecha

día mes año

Datos del Contratante persona física

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Sexo ☐ F al nacer ☐ M

Fecha de nacimiento

Código de cliente (si cuenta con el)

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 (si cuenta con el)

Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*

Fecha de constitución

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

% de acciones

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Fecha de nacimiento

% 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

Datos del Asegurado en caso de ser distinto al Contratante

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*

Sexo ☐ F al nacer ☐ M

R.F.C.

letras año mes día homoclave

I. Movimientos financieros

Retiros del fondo de inversión

Retiros del fondo de inversión para el pago de primas

☐ Rescate \$

☐ Préstamo A cuenta por \$

☐ Máximo

Si aplica de acuerdo a políticas de egresos, para transferencias bancarias indique:

CLABE bancaria

Sucursal

Plaza

Nombre del banco

Inclusión de objetivos de ahorro Capitaliza

Nombre

Prima de ahorro (según forma de pago)

Plazo de pago

Opciones de liquidación

Pago único Fideicomiso Plan de rentas

• Objetivo de Ahorro 2

• Objetivo de Ahorro 3

Obj 2 Obj 3

Obj 2 Obj 3

Obj 2 Obj 3

• Vida Activa 2025

• Vida Activa 2030

• Vida Activa 2035

• Vida Activa 2040

• Vida Activa 2045

• Deuda Corto Plazo

• Deuda Largo Plazo

• UDIS Mediano Plazo

• UDIS Largo Plazo

• Dólares Corto Plazo

• Dólares Largo Plazo

• Bolsa MX

• Bolsa USD

Total 100%

De no especificarse alguna distribución para determinar la estrategia de Rendimiento, las primas se administrarán en la Cuenta Eje.

* Si cuenta con ella.

En caso de requerir información contáctenos al (55) 5227 9000 o visite gnp.com.mx

II. 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 beneficios 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.

Cambio de Beneficiarios

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento
1				%	día mes año
2				%	día mes año
3				%	día mes año

Domicilio de los Beneficiarios: Calle, Número exterior, Número interior, Colonia, Código Postal, Municipio o Alcaldía, Ciudad o Población, Entidad Federativa y País (solo en caso de ser distinto al domicilio del Solicitante)

1

2

3

Nota:

Para cambio en esta sección, para las pólizas de Vida Inversión, será necesario nuevo convenio de servicios electrónicos, nuevo registro a Internet y cambio de cuenta de cheques a nombre del Contratante o Asegurado de la póliza.

III. Cambio de Contratante persona física

Alta

Baja

Cambio

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Sexo

F al nacer

M

Fecha de nacimiento

Código de cliente (si cuenta con el)

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:

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

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

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:

* Si cuenta con ella.

En caso de requerir información contáctenos al (55) 5227 9000 o visite gnp.com.mx

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: \$ _____		☐ En efectivo _____ ☐ Cheque número _____	Banco _____
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 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, 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
Módulo de atención e información a asegurados. Asesorías y aclaraciones (55) 5227 9000.			