

Consentimiento de Seguro de Vida

Llene con letra de molde

Número de Póliza	Número de Certificado

I. Datos del Contratante							
Código Cliente	letras	año	mes	día	homoclave*	Razón Social	
Domicilio (calle, número y colonia)		R.F.C.					
C.P.	Delegación o Municipio		Estado y/o Población			Domicilio principal	
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
lada	Teléfono (1)	Extensión	lada	Teléfono (2)	Extensión	lada	Fax Extensión

II. Datos del Asegurado							
Código Cliente	letras	año	mes	día	homoclave*	Estado Civil	
Domicilio (calle, número y colonia)		R.F.C.					
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Género	
						<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Concubinato <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
día	mes	año	Fecha de Ingreso al Grupo Asegurado		día	mes	año
Fecha de nacimiento				CURP			
día	mes	año	Inicio de vigencia de la póliza a las 12:00 horas		día	mes	año
		Inicio - Término		Puesto u Ocupación (detallar)			
Suma Asegurada o regla para determinar la Suma Asegurada							
La forma de pago de la Suma Asegurada de esta Póliza será Pago Único, designo como beneficiario a:							

III. Beneficiario			
Nombre completo	Parentesco	Porcentaje de Suma Asegurada	Irrevocable
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar como 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 el 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 tendría 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.

Doy mi consentimiento para formar parte del Seguro de Vida solicitado a GNP por el Grupo al que pertenezco y expresamente declaro que todo lo anteriormente expuesto es verídico y que gozo de buena salud y en este acto autorizo a los médicos y hospitales que me hayan asistido para que proporcionen a GNP todos los informes que se refieren a mi salud.

El Asegurado declara que le fue explicado el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que refiere a sus derechos básicos, Coberturas, Exclusiones, Indisputabilidad, Cláusulas Generales y/o Particulares las cuales conoce, entiende y acepta como parte integrante del Contrato a que se refiere este Consentimiento de Seguro Vida en términos del

*si cuenta con ella En caso de requerir información contáctenos; al 5227 9000 para la Ciudad de México, al 01 800 400 9000 lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx

artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro -Precepto legal disponible en gnp.com.mx-. Las Exclusiones y Limitantes pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro y tiene conocimiento de que las Condiciones Generales del Contrato de Seguro también se encuentran en la página gnp.com.mx, puede solicitarlas al

Contratante, llamando al 5227 9000 desde la Ciudad de México o al 01 800 400 9000 desde el Interior de la República o mediante el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Los Certificados de todos y cada uno de los Asegurados, así como las Condiciones Generales de su Póliza serán entregados por GNP al Contratante, quien a su vez se obliga a hacer llegar los citados documentos a cada Asegurado.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con su seguro, le sugerimos ponerse en contacto con la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. ubicada en Avenida Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco, Delegación Coyoacán, C.P.04200, comunicarse a los teléfonos 5227 9000 desde la Ciudad de México o al 01 800 400 9000 desde el Interior de la República, o bien al correo electrónico: unidad.especializada@gnp.com.mx

Datos Personales y Consentimiento para su tratamiento:

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:

Sí 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.

Informativo

Lugar y fecha

Firma GNP

Firma del Asegurado

(En caso de ser menor de edad, también deberá de firmar el Padre o Tutor)

“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 05 de noviembre de 2010, con el número CNSF-S0043-0998-2010/ CONDUSEF-001257-02.”