

Consentimiento de Seguro de Vida

Llene con letra molde

| Número de Póliza | Número de Certificado |
|------------------|-----------------------|
| | |

| I. Datos del contratante | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--------------|------------------------|-----------|--|----------------------|--|--------------|--|--------------|--|
| Código Cliente | | | letras | | | año mes día | | homoclave* | | Razón Social | |
| | | | RFC | | | | | | | | |
| Domicilio (calle, número y colonia) | | | | | | | | | | | |
| 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 | |
| | | | RFC | | | | | | | <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Concubinato | |
| Apellido Paterno | | | Apellido Materno | | | Nombre | | | Género | | |
| | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | |
| Día mes año | | Fecha de nacimiento | | Fecha de ingreso al Grupo asegurado | | Día mes año | | CURP | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Día mes año | | Inicio de vigencia de la póliza a las 12:00 horas | | Inicio- Término | | Día mes año | | 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 |

| Beneficiario Contingente | | | |
|--------------------------|------------|------------------------------|---|
| Nombre Completo | Parentesco | Porcentaje de Suma Asegurada | Irrevocable |
| | | | <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.

Para mayor información contáctenos al 55 5227 9000 a nivel nacional o visite www.gnp.com.mx

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 manifiesta que le fue explicado el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que se refiere sus derechos básicos, a las Coberturas, Exclusiones, Indisputabilidad, Cláusulas Generales y/o Particulares las cuales conoce, entiende y acepta como parte integrante del Contrato a que se refiere este documento del Seguro de Vida en términos del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro (Precepto legal disponible en www.gnp.com.mx). Asimismo, tiene conocimiento de que las Condiciones Generales del Contrato de Seguro también se encuentran en la página www.gnp.com.mx o puede solicitarlas al Contratante.

Las exclusiones y limitantes de este producto pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del mismo, disponibles en la página www.gnp.com.mx dentro de la sección de Vida Grupo o bien, llamando al 55 5227 9000 a nivel nacional.

Los Certificados Individuales 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, Alcaldía Coyoacán, C.P.04200, comunicarse al 55 5227 9000 a nivel nacional, o bien al correo electrónico: unidad.especializada@gnp.com.mx o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Insurgentes Sur No. 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, comuníquese a los teléfonos 55 5340 0999 a nivel nacional, o al correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx.

Para conocer el domicilio de la oficina más cercana a su ubicación, los horarios de atención y el tipo de operaciones que podrá realizar en cada una de ellas consulte la página de internet gnp.com.mx o llame al 55 5227 9000 a nivel nacional.

Datos Personales

Grupo Nacional Provincial, S.A.B., con domicilio en Avenida Cerro de las Torres No. 395, Colonia Campestre Churubusco, Código Postal 04200, Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México, tratará sus datos personales para brindarle los servicios relacionados con su contrato de seguro, cumplir nuestras obligaciones de la Regulación aplicable, recibir y dar seguimiento a las solicitudes para el ejercicio de los Derechos de los Titulares; además de ofrecerle servicios, promociones y/o beneficios adicionales de sus pólizas. Puede consultar nuestro Aviso de Privacidad en www.gnp.com.mx.

Reconozco y manifiesto que previo a proporcionar los datos personales, incluyendo los de terceros incluso (los) menor(es) de edad he sido informado sobre el tratamiento al que serán sujetos los datos personales y que 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, pudiendo consultarlo en cualquier momento, así como sus actualizaciones, en www.gnp.com.mx; por lo que tengo conocimiento del mismo en todos sus elementos. Por lo anterior, en mi carácter de titular, y/o padre o tutor del (los) menor (menores) de edad de los cuales ostentó la patria potestad y/o debida representación legal o tutela en caso de aplicar, otorgo mi consentimiento expreso y por escrito para que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. trate los datos personales en términos de lo señalado en el referido Aviso de Privacidad.

En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, incluyendo de (los) menores 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, y 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 mis datos personales no será necesario cuando la finalidad del tratamiento sea cumplir obligaciones derivadas del contrato de seguro.

El presente documento no tiene validez sin la firma del Asegurado.

Firma del Asegurado



Grupo Nacional Provincial S.A.B.

"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: 02 de Marzo de 2023, con el número CNSF-S0043-0489-2022 / CONDUSEF-005695-02, 02 de Marzo de 2023, con el número CNSF-S0043-0486 -2022 / CONDUSEF-005693-02."