

**Cuestionario para la aplicación del beneficio de Cláusula Familiar o Protección Familiar**

<b>No. de Póliza</b>	<b>FECHA (dd/mm/aaaa)</b>

<b>Seleccione el beneficio que solicita:</b>	
<input type="checkbox"/> Cláusula Familiar	<input type="checkbox"/> Protección Familiar
<b>Seleccione el motivo:</b>	
<input type="checkbox"/> Por Fallecimiento	<input type="checkbox"/> Por Invalidez

<b>Datos del Asegurado que quedará como Titular en la póliza correspondiente al beneficio</b>		
El Asegurado debe formar parte de la póliza en beneficio. En caso de que en la póliza existan Asegurados menores de edad, se asignará como Asegurado Titular al mayor de ellos y el representante será el tutor.		
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
Parentesco con el Asegurado Titular de la póliza afectada		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
Domicilio (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Delegación o Municipio y Estado)		C.P.
Teléfono (Con Lada)	Ext.	R.F.C.
		Género <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M

**Conteste esta sección sólo si el Contratante en la póliza es distinto al Asegurado Titular**

<b>Datos del Asegurado que quedará como Contratante en la póliza correspondiente al beneficio</b>		
En el caso de que sea un menor de edad deberá contar con Cédula de Identificación Fiscal, en otro caso no podrá ser menor de edad.		
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
Parentesco con el Asegurado Titular de la póliza afectada		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
Domicilio (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Delegación o Municipio y Estado)		C.P.
Teléfono (Con Lada)	Ext.	R.F.C.
		Género <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M

<b>CONSENTIMIENTO</b>	Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP), el cual contiene y detalla las finalidades primarias, secundarias y transferencias del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles. Así mismo se me informó la disponibilidad de dicho aviso y sus actualizaciones en la página gnp.com.mx. Por lo anterior:	
	<b>TITULAR</b> (y de su Representante Legal si es menor de edad)	<b>CONTRATANTE</b> (Sólo si es diferente al Solicitante)
	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	Consiento el tratamiento de mis datos personales para las finalidades secundarias	
	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.	
Nombre y firma	Nombre y firma	

CBF022006

<b>CONSENTIMIENTO (Continuación)</b>	Declaro de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que AUTORIZO a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (en lo sucesivo "GNP") para que, en los términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, realice la obtención, uso, divulgación, almacenamiento, supresión, y en general, tratamiento de mis datos personales, incluyendo datos sensibles y patrimoniales, en su caso, para que dicho tratamiento se realice conforme al Aviso de Privacidad Integral de GNP. Reconozco que se me ha informado de manera clara y comprensible que puedo ejercer mis derechos ARCO conforme al Aviso de Privacidad Integral de GNP en el momento en que lo desee. Por lo que:	
	<b>TITULAR</b> (y de su Representante Legal si es menor de edad)	<b>CONTRATANTE</b> (Sólo si es diferente al Solicitante)
	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 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.		
Nombre y firma	Nombre y firma	

<b>FIRMAS</b>	Bajo protesta de decir verdad, declaro que el contenido del presente cuestionario es cierta y, bajo el principio de la buena fe, he (hemos) llenado el formato de mi (nuestro) puño y letra.	
	<b>TITULAR</b> (y de su Representante Legal si es menor de edad)	<b>CONTRATANTE</b> (Sólo si es diferente al Solicitante)
	Nombre y firma	Nombre y firma

**IMPORTANTE: Favor de validar la información que requiere adjuntar para solicitar la aplicación de este beneficio.**

Para ingresar su trámite es indispensable que envíe al correo [beneficiofamiliar@gnp.com.mx](mailto:beneficiofamiliar@gnp.com.mx) la siguiente documentación:

1. Formato para la aplicación del beneficio de Cláusula Familiar o Protección Familiar.
2. Informe Médico.
3. Copia de Identificación Oficial (Titular y dependientes).
4. Copia del Acta de nacimiento (Titular y dependientes).
5. Formato único de información bancaria para el pago vía transferencia electrónica. (Solo en caso que la cuenta que previamente se tenía registrada cambie).

En adición a lo antes solicitado, deberá anexar:

**Por Fallecimiento:**

- Acta de Defunción o Certificado de Defunción.
- Acta de Ministerio Público (Cuando la causa del fallecimiento lo amerite).

**Por Invalidez:**

- Dictamen de Invalidez total y permanente emitido por una Institución Mexicana de Sector Salud o médico certificado y especialista en la materia con cédula profesional.
- Exámenes, análisis y documentos que corroboren el diagnóstico que determina el estado de Invalidez total y permanente.

Al mismo correo del cual envió la información le será confirmado el número de folio, fecha de respuesta y seguimiento a su trámite.