

Fecha		
día	mes	año

Para ser llenado por los beneficiarios

Datos del Asegurado finado

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	
Número de póliza	Lugar de nacimiento (entidad federativa y país)			Fecha de nacimiento	día mes año
Lugar de fallecimiento (entidad federativa y país)			Fecha de fallecimiento	día mes año	Edad al fallecimiento
Última ocupación	¿El Asegurado tenía el hábito de fumar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso de respuesta afirmativa, indicar desde qué fecha (aproximada)		mes año
Causas del fallecimiento	Fecha en que se iniciaron los síntomas o signos del padecimiento (aproximada)		mes	año	Cuenta con: IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>

Domicilio del Asegurado finado

Calle		No. exterior	No. interior
Colonia	C.P.	Municipio o alcaldía	
Ciudad o población	Entidad federativa	País (si es distinto a México)	Clave lada Teléfono

Datos de los médicos que atendieron

Médico 1	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Fecha de consulta	día mes año
	Domicilio de contacto		Cédula profesional	Clave lada	Teléfono
Médico 2	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Fecha de consulta	día mes año
	Domicilio de contacto		Cédula profesional	Clave lada	Teléfono
Médico 3	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Fecha de consulta	día mes año
	Domicilio de contacto		Cédula profesional	Clave lada	Teléfono

Como beneficiario autorizo a médicos y hospitales donde fue atendido el Asegurado, a que otorguen a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. todos los informes que se refieren al estado de salud de éste, inclusive, en su caso, todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, relevo a las instituciones o personas involucradas del cumplimiento de las obligaciones que al respecto se deriven de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento, está apegada a la verdad. En caso contrario, estoy consciente de la falta en que podría incurrir si proporcionó datos falsos o incorrectos, así como de las sanciones a las que quedé expuesto.

Reconozco que previo a proporcionar los datos personales, incluyendo los del (los) menor(es) de edad de los cuales ostentó 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 ostentó 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 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; 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.

Datos del (los) Beneficiario(s)

Beneficiario 1

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	
Parentesco con el Asegurado		Fecha		Firma	
		día	mes	año	

Beneficiario 2

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	
Parentesco con el Asegurado		Fecha		Firma	
		día	mes	año	

Beneficiario 3

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	
Parentesco con el Asegurado		Fecha		Firma	
		día	mes	año	

Beneficiario 4

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	
Parentesco con el Asegurado		Fecha	día mes año	Firma	

Beneficiario 5

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	
Parentesco con el Asegurado		Fecha	día mes año	Firma	

En caso de requerir información y/o documentación adicional, se les comunicará en su momento

En caso de requerir información contáctenos a Línea GNP al 55 5227 9000 o visite gnp.com.mx