

Formato de identificación del cliente e información para pago

I. Información general						
Fecha		Datos del trámite (solo trámites de egreso)			Línea de negocio (marcar con una x)	
día	mes	año	No. de reclamación	No. de póliza	<input type="checkbox"/> Autos	<input type="checkbox"/> Gastos Médicos
					<input type="checkbox"/> Daños	<input type="checkbox"/> Vida
II. Datos generales del beneficiario del pago						
Persona física						
Nombre completo (apellido paterno, apellido materno y nombre(s))					Fecha de nacimiento	
					día	mes
						año
País de nacimiento		Entidad federativa de nacimiento		Nacionalidad	CURP	
RFC			Régimen fiscal**		Ocupación actual	
letras	año	mes	día	homoclave		
No. de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada*			No. de identificación fiscal (sólo extranjeros)*		País emisor (sólo extranjeros)*	
Personas políticamente expuestas						
Usted, su cónyuge, concubino(a) o concubinario (a) y las personas que tengan parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado (por ejemplo: hijos, abuelos, nietos, sobrinos, tíos), ¿desempeña o ha desempeñado en el último año funciones públicas destacadas en México o en el extranjero (por ejemplo: jefes de Estado o de Gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios o miembros importantes de partidos políticos)?					Si	No
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de haber respondido afirmativamente, favor de indicar: Nombre completo, parentesco, cargo de la persona que desempeña la función pública y período del ejercicio de la función pública:						
Persona moral						
Razón o denominación social					Fecha de constitución	
					día	mes
						año
Régimen de capital**		Nacionalidad		Giro mercantil, actividad u objeto social		Folio mercantil
RFC			Régimen fiscal**			
letras	año	mes	día	homoclave		
No. de serie del certificado digital de la firma electrónica avanzada*			No. de identificación fiscal (sólo extranjeros)		País emisor (sólo extranjeros)	
Nombre completo del representante legal (apellido paterno, apellido materno y nombre(s))						
Datos de las personas físicas que ejercen el control de la sociedad, quien(es) posea(n) o controle(n), directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior al 25% del capital o de los derechos de voto o en su defecto, el director general o el administrador único						
¿La persona moral o subsidiaria, de la cual posee más del 50% del capital, cotiza en la Bolsa Mexicana de Valores o en mercados de valores del exterior reconocidos?				Sí	No	En caso de que alguna de las respuestas sea positiva, podrá omitir la información requerida en la siguiente sección.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿La persona moral está constituida legalmente en el extranjero?				Sí	No	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nombre completo (apellido paterno, apellido materno y nombre(s))			Fecha de nacimiento		% de participación/ administrador/ director general	
			día	mes	año	
			día	mes	año	
			día	mes	año	
Declarativa del Representante Legal (opcional solo si se entregaron las identificaciones oficiales de las personas que ejercen el control de la sociedad)						
Manifiesto que los datos proporcionados en el apartado anterior son reales y se encuentran actualizados, si cambian durante la vigencia de la póliza, me obligo a informar de manera inmediata a GNP.						
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; background-color: #e0e0e0;"></div>						
Nombre completo y firma del representante legal						
Domicilios (persona física o moral)						
Residencia						
Calle		No. Exterior	No. Interior	Colonia	Municipio o alcaldía	Ciudad o población
Entidad federativa	País	Código postal	Clave Lada	Teléfono	Correo electrónico o página de internet	
Fiscal**						
Calle		No. Exterior	No. Interior	Colonia	Municipio o alcaldía	Ciudad o población
Entidad federativa	País	Código postal	Clave Lada	Teléfono	Correo electrónico o página de internet	
Domicilio en territorio nacional donde pueda recibir correspondencia (sólo para residentes en el extranjero, con los mismos datos que el domicilio de residencia)						

* Dato Opcional

** Los datos deben ser los mismos que aparezcan en la Constancia de Situación Fiscal Actualizada, de lo contrario, todo documento fiscal se emitirá con datos de cliente genérico, lo que podría generar contratiempos en sus declaraciones.

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

III. Información para el pago

Nombre del titular de la cuenta bancaria (beneficiario del pago). Se deberá escribir como aparece en su identificación oficial.

Forma de pago solicitada

Cuenta

Para realizar los pagos a una cuenta bancaria identificada por la CLABE de 18 dígitos, esta dato aparece impreso en el estado de cuenta o puede ser proporcionado en cualquier sucursal de su banco.

CLABE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Consideraciones para el pago:**
1. La cuenta a depositar deberá ser en moneda nacional.
 2. No se entregarán recursos ni se ejercerán derechos hasta que se concluya el proceso de verificación de la información proporcionada.

Orden de pago

Para hacer efectivo el cobro, debe acudir a la institución bancaria que corresponda con una identificación oficial (INE, pasaporte vigente o cédula profesional) y las claves proporcionadas por GNP, a través de los siguientes medios:

Teléfono móvil Correo electrónico

- Consideraciones para el pago:**
1. Esta forma de pago aplica sólo para Indemnización Diaria por Hospitalización.
 2. Sólo aplica para pago a personas físicas.

IV. Solicitud de Pago y finiquito

Por el conducto indicado anteriormente, solicito y autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B, para que cualquier pago que proceda a mi favor derivado del Contrato de Seguro concertado con esta Aseguradora, me sea cubierto, de acuerdo a los datos proporcionados.

Al efectuar el pago de acuerdo a la forma seleccionada, por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones de la póliza, reconozco que se ha efectuado y otorgó a favor de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., el más amplio finiquito que en derecho procede.

Atendiendo a lo anterior, estoy de acuerdo en las condiciones de la solicitud de pago y finiquito, así como en las referidas para el tratamiento de datos personales.

Nombre y firma del titular de la cuenta bancaria

V. 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 y patrimoniales para prevención y detección de fraude y operaciones ilícitas. Puede consultar la versión integral del Aviso de Privacidad en la pagina www.gnp.com.mx

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.

Nombre completo y firma del beneficiario del pago o representante legal

VI. Observaciones

Anexar al formato los documentos correspondientes

Persona física

* Copia ciega del estado de cuenta bancario (sin saldo ni movimientos) no mayor a 3 meses de antigüedad, carta certificada donde se pueda identificar el nombre del titular y número de cuenta correspondiente, o contrato bancario firmado por la institución bancaria y el titular de la cuenta.

* Copia de comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de antigüedad (solo en caso de no entregar estado de cuenta bancario).

* Copia de la identificación oficial vigente del beneficiario del pago (con fotografía).

* Copia de la cédula fiscal de la persona física.

Persona moral

* Copia ciega del estado de cuenta bancario (sin saldo ni movimientos) no mayor a 3 meses de antigüedad, carta certificada donde se pueda identificar el nombre del titular y número de cuenta correspondiente, o contrato bancario firmado por la institución bancaria y el titular de la cuenta.

* Copia de comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de antigüedad (solo en caso de no entregar estado de cuenta bancario).

* Copia del Acta Constitutiva de la empresa.

* Copia de la cédula fiscal de la persona moral.

* Copia de la identificación oficial vigente del representante legal (con fotografía).

* Copia del poder del representante legal. Solo en caso de obre en una escritura diferente al acta constitutiva.

VII. Datos generales del agente

Nombre completo CUA

Teléfono Correo electrónico

VIII. Aportado para uso exclusivo de Grupo Nacional Provincial, S.A.B.

- Cuenta dada de alta.
- Firma validada contra identificación oficial.
- Información validada contra documentación.

Sello de recibido