

### Solicitud de cambios (H-107)

Favor de ser llenada con letra de molde

		No. de Póliza		Fecha		
				día	mes	año
<b>Datos del Contratante persona física</b>						
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
R.F.C. letras año mes día homoclave		CURP*		País de nacimiento		
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*				Correo electrónico		Nacionalidad (es)
Relación o parentesco con el Asegurado		Profesión u ocupación		Actividad o giro del negocio donde trabaja		
¿El Solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal, o Federal en los últimos cuatro Definir cargo y Dependencia:						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Contratante (en caso de existir como persona moral)</b>						
Razón social		Giro mercantil, actividad u objeto social		Correo electrónico o página de Internet		
R.F.C. letras año mes día homoclave		Código de cliente (si cuenta con él)		Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*		
Domicilio del contratante (persona física o moral)						
Calle		No. exterior	No. interior	Colonia	C. P.	
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Entidad Federativa	País	Clave Lada	Teléfono	
<b>Nombre del representante legal</b>						
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*
<b>Datos del Asegurado en caso de ser distinto al contratante</b>						
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	R.F.C. letras año mes día homoclave			
<b>I. Movimientos financieros</b>						
<b>Retiros del fondo de inversión</b>		<b>Retiros del fondo de inversión para pagos de prima</b>			<input type="checkbox"/> <b>Rescate</b>	
<input type="checkbox"/> Parcial \$ _____		<input type="checkbox"/> De Vida Póliza No. _____			\$ _____	
<input type="checkbox"/> Fondo de Protección \$ _____		<input type="checkbox"/> De otros ramos Póliza No. _____			<input type="checkbox"/> <b>Préstamo</b>	
<input type="checkbox"/> Fondo del Plan Personal de Retir \$ _____					Acuenta por \$ _____	
<input type="checkbox"/> Fondo de la Cuenta Especial de Ahorro \$ _____					<input type="checkbox"/> <b>Máximo</b>	
Si aplica de acuerdo a políticas de egresos, para transferencias bancarias indique:						
CLABE bancaria		Sucursal	Plaza	Nombre del banco		
<b>II. Beneficiarios</b>						
<b>Nota Importante:</b> El Asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre. La designación de beneficiarios otorga el derecho de los beneficios del seguro, por lo que no son recomendables las designaciones para que una persona cobre la Suma Asegurada y la entregue a otros.						
<b>Advertencia:</b> En caso que desee nombrar 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 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 tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios						
<b>Cambio de beneficiarios</b>						
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento	
1				%	día mes año	
2				%	día mes año	
3				%	día mes año	

En caso de requerir información contáctenos al: 52279000 para el Distrito Federal, 01800 400 9000 lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx

\* Si cuenta con ella

Cambio de beneficiarios										
Domicilio de los Beneficiarios: Calle, Número exterior, Número interior, Colonia, Código Postal, Municipio o Delegación, Ciudad o Población, Entidad Federativa y País ( Sólo en caso de ser distinto al domicilio del Solicitante).										
1										
2										
3										
Nota: Para cambio en esta sección, para las pólizas de Vida Inversión, será necesario nuevo convenio de servicios electrónicos, nuevo registro a Internet y cambio de cuenta de cheques a nombre del Contratante o Asegurado de la póliza										
III. Cambio de Contratante persona física <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Cambio										
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)		Sexo	Código de cliente (si cuenta con él)	
								F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
R.F.C.			CURP*			País de nacimiento				
letras			año	mes	día	homoclave				
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*					Correo electrónico			Nacionalidad (es)		
Relación o parentesco con el Asegurado				Profesión u ocupación			Actividad o giro del negocio donde trabaja			
¿El Solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal, o Federal en los últimos cuatro años? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
Definir cargo y Dependencia:										
Domicilio										
Calle				No. exterior		No. interior		Colonia		C. P.
Delegación o Municipio		Ciudad o Población		Entidad Federativa		País		Clave Lada Teléfono		
Cambio de Contratante (en caso de ser persona moral) <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Cambio										
Razón o denominación social				Giro mercantil, actividad u objeto social			Correo o página de Internet			
R.F.C.				Código de cliente (si cuenta con él)		Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*				
letras	año	mes	día	homoclave						
Domicilio										
Calle				No. exterior		No. interior		Colonia		C. P.
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad Federativa		País		Clave Lada Teléfono		
Nombre del representante legal										
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)		Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*		
IV. Otros Cambios										
<input type="checkbox"/> Comprobación de edad (es necesario presentar documento oficial que lo avale)										
<input type="checkbox"/> Corregir nombre del Asegurado. El nombre es: _____										
<input type="checkbox"/> Reconsideración de extraprima										
Otros cambios:										
_____										
_____										
Favor de indicar la información que se anexa a esta solicitud para llevar a cabo el trámite										
Para el trámite solicitado hago el depósito de:			<input type="checkbox"/> En efectivo _____				Banco			
\$ _____			<input type="checkbox"/> Cheque número _____							
Ingresado en oficina				Folio			Fecha			
	día	mes	año							
Datos Personales y Consentimiento:										
Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S. A. B., 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 www.gnp.com.mx. Por lo anterior:										
<input type="checkbox"/> Sí Consiento dicho tratamiento					<input type="checkbox"/> 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.										
Para proceder a la entrega de la Póliza, la Compañía debe contar con la documentación cotejada conforme a disposiciones de PLD (Prevención de Lavado de Dinero).										
_____					_____					
Nombre y firma del Asegurado 1					Nombre y firma del Asegurado 2					
_____					_____					
Nombre y firma del Contratante 1					Nombre y firma del nuevo Contratante					
Datos del Agente										
Clave		Zona		Nombre completo				Firma		
Módulo de atención e información a asegurados. Asesorías y aclaraciones 5227 3503										

\* si cuenta con ella

En caso de requerir información contáctenos al: 52273999 para el Distrito Federal, 01800 400 9000 lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx

47 03 03

www.gnp.com.mx

2/2