

Consentimiento y Certificado Individual del Seguro de Vida Grupo

Datos del Contratante

Razón Social			RFC
Domicilio Principal (calle, número y Colonia)			Código Postal
Delegación o Municipio		Población y/o Estado	

Datos de Póliza

Número de Contrato	Número de Póliza	Vigencia de la Póliza	Número de Certificado
--------------------	------------------	-----------------------	-----------------------

Detalle de Coberturas

Está cubierto(a) con un Seguro de Vida, bajo las siguientes Cobertura(s) y Sumas Aseguradas:

Cobertura(s)	Suma Asegurada
Este plan tiene un costo de	\$ _____

La edad de contratación de cada cobertura se indica en las Condiciones Generales del producto.

Datos del Asegurado

Código Cliente	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Vigencia del Certificado	Fecha de Nacimiento	Género	Estado Civil
día mes año	día mes año	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Concubinato <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo
Domicilio Principal (calle, número y Colonia)			Código Postal
Delegación o Municipio	Población y/o Estado	Teléfono (con lada)	Correo Electrónico

Designación de Beneficiarios

Nombre Completo	Parentesco	Ocupación	Porcentaje Suma Asegurada	Irrevocable
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Para aquellos Asegurados que contraten la cobertura de Saldo Deudor, **el Contratante será el Beneficiario Irrevocable** para dicha Cobertura hasta el monto del saldo deudor concedido que se tenga en el momento del siniestro.

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.

Esta cobertura estará vigente mientras el asegurado pertenezca a la Colectividad Asegurada y se encuentre al corriente en el pago al momento del siniestro.

Los Consentimientos y 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. El seguro de vida será válido únicamente si el Consentimiento y Certificado Individual es firmado y autorizado por el Asegurado.

Este documento forma parte integrante del Contrato de Seguro y de sus Condiciones Generales, las cuales se acompañan a la presente, por lo que forman un documento indivisible. Los derechos y obligaciones se contienen conjuntamente en dichos documentos. Se sugiere al Asegurado consultar las Coberturas, Exclusiones, Limitantes y Restricciones en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro. Adicionalmente, las Condiciones Generales también se encuentran en la página de www.gnp.com.mx, o puede solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, o bien llamando al 55 5227 9000 a nivel nacional.

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.

Así mismo, acepto que en caso de falta de pago de primas por suspensión temporal, este seguro se suspenderá y reactivará de forma automática al momento del restablecimiento de las condiciones del Seguro. En ningún caso, GNP responderá por siniestros ocurridos durante el periodo de suspensión de este contrato.

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.

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

De acuerdo al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, se incluyen los artículos 17 y 18 en el Certificado Individual:

Artículo 17.- *"Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.*

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la

acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza."

Artículo 18.- "Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente."

UNE y CONDUSEF

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 www.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 la versión integral del Aviso de Privacidad en la página 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.

Firma

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 14 de Septiembre de 2022, con el número CNSF-S0043-0410-2022 / CONDUSEF-005550-01"