TRÁMITE GRATUITO

Solicitud única para el pago de vencimiento del Seguro de Retiro de la Administración Pública Federal

GNP SEGUROS

Por este conducto solicito a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. el pago de la suma asegurada que corresponda en razón del vencimiento ocurrido de acuerdo con los términos que se anotan bajo protesta de decir verdad en esta solicitud.

Fecha de Solicitud

D	D	M	M	A	A	A	A

Lugar de elaboración de esta solicitud _____

TRÁMITE(S) SOLICITADO(S) MARQUE CON UNA X EL (LOS) TRÁMITE(S) SOLICITADO(S)

Jubilación	( )	Retiro al amparo de algún programa	( )
Cesantía	( )	Pago Complementario Programado	( )
Trabajadores en la raya antes de 1975	( )	Otro(s) _____	

INDICAR A QUÉ REGIMEN DE PENSIÓN SE ADHIRIÓ

Régimen Tradicional de Pensiones	( )	Régimen de Cuentas Individuales	( )

INFORMACION DEL SOLICITANTE

DATOS GENERALES Y DOMICILIO PARTICULAR DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento

D	D	M	M	A	A	A	A

Nacionalidad _____ Ocupación _____ Profesión _____ Correo electrónico _____

DOMICILIO PARTICULAR

Calle _____ Número Exterior _____ Número Interior _____ Colonia _____

Delegación o Municipio _____ Ciudad o Población _____ Entidad Federativa _____ Código Postal _____

TELÉFONO CON LADA NACIONAL DONDE SE LE PUEDA LOCALIZAR _____ Edad _____

C.U.R.P. _____

R.F.C. _____ CHEQUE ( ) TRANSFERENCIA (1) ( )

INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA (Incluya los datos de todas las dependencias en las que haya laborado)

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD _____ No. de Empleado _____

Actividad o Giro del Negocio _____ Años de Servicio _____ Número de años, meses o semanas de cotización al ISSSTE _____

DIRECCIÓN DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

Calle _____ Número Exterior _____ Número Interior _____ Colonia _____

Delegación o Municipio _____ Ciudad o Población _____ Entidad Federativa _____ Código Postal _____

Fecha de Ingreso

D	D	M	M	A	A	A	A

Fecha de Baja

D	D	M	M	A	A	A	A

_____ Firma

NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO _____ **Teléfono** _____

(1) Favor de llenar el Formato de Pago / Finiquito Vía Transferencia Electrónica Bancaria / cheque

La entrega de documentación no compromete de ninguna manera a Grupo Nacional Provincial,S.A.B.(GNP) a proporcionar el pago al Asegurado; este pago estará sujeto a la aprobación de la reclamación por parte de GNP.

En el momento que cobre o reciba vía transferencia dicha suma, queda entendido que otorgó a GNP el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome derecho o acción de ningún tipo

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de GNP, el cual contiene las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles.Se me informó la disponibilidad de dicho Aviso en la página gnp.com.mx, por lo anterior:

☐ SI ☐ NO Consiento y autorizo dicho tratamiento.

En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, reconozco mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral.

Nombre completo y firma

Sello GNP Art. 492

FORMATO DE PAGO / FINIQUITO VÍA TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA BANCARIA/CHEQUE

DATOS GENERALES Y DOMICILIO PARTICULAR DEL TITULAR

NOMBRE DEL TITULAR (CONFORME APARECE EN SU CUENTA BANCARIA)

Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s)

DOMICILIO DEL TITULAR

Calle | Número Exterior | Número Interior | Colonia

Delegación o Municipio | Ciudad o Población | Entidad Federativa | Código Postal

DATOS DEL BANCO (ESPECIFICAR EL BANCO AL QUE PERTENECE LA CUENTA)

TIPO DE CUENTA (3) ☐ Tarjeta ☐ Clabe

INSTITUCIÓN BANCARIA

NO. DE TARJETA (4)

CLABE INTERBANCARIA (SEGÚN SU ESTADO DE CUENTA) (4)

Nombre y Firma del Titular de la Cuenta

(3) No se aceptarán Cuentas de Crédito.
(4) Anexar copia del estado de cuenta bancario donde se pueda cotejar el Nombre del Titular de la cuenta y el número de la cuenta correspondiente y copia de identificación oficial vigente.

Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP), no se hace responsable de la transferencia bancaria realizada con datos erróneos proporcionados en esta solicitud, por lo que en ningún caso estará obligado a recuperar el dinero transferido a una cuenta cuyos datos han sido proporcionados directamente por el solicitante de la transferencia. Tampoco estará obligado a realizar un doble pago por efecto de una transferencia bancaria erróneamente realizada con la información proporcionada por el solicitante.

Asimismo, autorizo a GNP a retirar de la cuenta bancaria que proporciono en este formato, cualquier cantidad transferida indebidamente por la aseguradora a mi cuenta.

Al efectuarse la transferencia a la cuenta señalada en este documento por el monto que proceda de acuerdo a las Condiciones del contrato de seguro reconozco que se ha efectuado el pago aceptando que el estado de cuenta o documentos que refleje el movimiento será prueba del pago y fecha en que se realizó, por lo que otorgo a GNP el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome ninguna acción presente o futura que ejercitar con relación a la reclamación previamente citada.

En caso de cambios en los datos informados se tendrá que enviar nuevamente la documentación y/o datos actualizados.

INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA (Incluya los datos de todas las dependencias en las que haya laborado)

GNP SEGUROS

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD No. de Empleado

Actividad o Giro del Negocio | Años de Servicio | Número de años, meses o semanas de cotización al ISSSTE

DIRECCIÓN DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

Calle | Número Exterior | Número Interior | Colonia

Fecha de Ingreso D D M M A A A A

Fecha de Baja D D M M A A A A

NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO **Teléfono**

INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA (Incluya los datos de todas las dependencias en las que haya laborado)

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD No. de Empleado

Actividad o Giro del Negocio | Años de Servicio | Número de años, meses o semanas de cotización al ISSSTE

DIRECCIÓN DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

Calle | Número Exterior | Número Interior | Colonia

Delegación o Municipio | Ciudad o Población | Entidad Federativa | Código Postal

Fecha de Ingreso D D M M A A A A

Fecha de Baja D D M M A A A A

NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO **Teléfono**

INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA (Incluya los datos de todas las dependencias en las que haya laborado)

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD No. de Empleado

Actividad o Giro del Negocio | Años de Servicio | Número de años, meses o semanas de cotización al ISSSTE

DIRECCIÓN DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

Calle | Número Exterior | Número Interior | Colonia

Delegación o Municipio | Ciudad o Población | Entidad Federativa | Código Postal

Fecha de Ingreso D D M M A A A A

Fecha de Baja D D M M A A A A

NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO **Teléfono**