

Solicitud de cambios (H-107)

Favor de ser llenada con letra de molde

Datos del Contratante persona física

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Código de cliente (si cuenta con él)	
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 años?									Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Definir cargo y Dependencia:									

Contratante (en caso de existir como persona moral)

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	

Nombre del representante legal

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*	
------------------	--	------------------	--	-----------	--	---	--

Datos del Asegurado en caso de ser distinto al contratante

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			

I. Movimientos financieros

Retiros del fondo de inversión		Retiros del fondo de inversión para pagos de prima		Rescate	
<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"/> Préstamo	
<input type="checkbox"/> Fondo del Plan Personal de Retiro \$				A cuenta por \$	
<input type="checkbox"/> Fondo de la Cuenta Especial de Ahorro \$				<input type="checkbox"/> Máximo	

Si aplica de acuerdo a políticas de egresos, para transferencias bancarias indique:

CLABE bancaria		Sucursal		Plaza		Nombre del banco	
----------------	--	----------	--	-------	--	------------------	--

Inclusión de Objetivos de Ahorro Capitaliza

Nombre		Prima de Ahorro (Según forma de pago)		Plazo de Pago		Opciones de liquidación	
						Pago único	Fideicomiso
						Plan de rentas	
Objetivo de Ahorro 2	Obj 2	Obj 3	Obj 2	Obj 3	Obj 2	Obj 3	
Objetivo de Ahorro 3							
· Vida Activa 2025	%	%	· Deuda Corto Plazo	%	%	· Dólares Corto Plazo	%
· Vida Activa 2030	%	%	· Deuda Largo Plazo	%	%	· Dólares Largo Plazo	%
· Vida Activa 2035	%	%	· UDIS Mediano Plazo	%	%	· Bolsa MX	%
· Vida Activa 2040	%	%	· UDIS Largo Plazo	%	%	· Bolsa USA	%
· Vida Activa 2045	%	%					

De no especificarse alguna distribución para determinar la estrategia de Rendimiento, las primas se administrarán en la Cuenta Eje.

Total 100%

II. Beneficiarios

Nota Importante: 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.

Advertencia: 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 en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Cambio de beneficiarios

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: 5227 9000 para la Ciudad de México y al 01 (55) 5227 9000 para el interior de la República o visite gnp.com.mx

* Si cuenta con ella

47 03 03

www.gnp.com.mx

1/2

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 F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Código de cliente (si cuenta con él)	
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 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.	letras	año	mes	día	homoclave	Código de cliente (si cuenta con él)		Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*		
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"/> Si 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 9000										