

## Solicitud de movimientos a la póliza (H-107)

Póliza No.	Fecha (dd/mm/aaaa)

Favor de aplicar los cambios en: Póliza actual ☐ Renovación ☐ Rehabilitación ☐

### 1. Datos generales (datos necesarios para cambio de Asegurado Titular y/o Contratante)

Cambio de: Asegurado titular ☐ Contratante ☐

Actual	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s) o razón social

CONSENTIMIENTO: Bajo protesta de decir verdad consiento el cambio de Asegurado titular y/o Contratante Firma

Nuevo	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s) o razón social	Código de cliente +

#### 1.1 Cambio de contratante: Persona física

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	R.F.C. (Con homoclave)	CURP +	Sexo F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>

Régimen fiscal

Ocupación

País de nacimiento	Nacionalidad (Si es distinta a la mexicana)	No. Serie del certificado digital de la FIEL <sup>1+</sup>

Correo electrónico<sup>+</sup>

No. de identificación fiscal extranjeros**	País que emite**

En el último año, ¿ha desempeñado algún cargo en el gobierno estatal, municipal o federal?

Si ☐ No ☐ Cargo y dependencia:

#### 1.2 Cambio de contratante: Persona moral

Giro o actividad de la empresa

Fecha de constitución (dd/mm/aaaa)	R.F.C. (Con homoclave)	Folio mercantil	Nacionalidad de la empresa

Régimen fiscal

Régimen de capital

No. serie del certificado digital de la FIEL <sup>1+</sup>	Correo electrónico <sup>+</sup>	Página de internet +

No. de identificación fiscal extranjeros**	País que emite**

Nombre del representante legal (Primer apellido, segundo apellido y nombre[s])	Nacionalidad (Si es distinta a la mexicana)

[+] Si cuenta con él. [1] Firma Electrónica Avanzada. [\*\*] Opcional personas físicas/Obligatorio personas morales.

## 1.2 Cambio de contratante: Persona moral (Continuación)

DATOS DE PERSONAS FÍSICAS QUE EJERCEN EL CONTROL DE LA SOCIEDAD (siempre y cuando el monto de la prima rebase los 7,500 USD)		
¿La persona moral o su 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?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	En caso de que alguna de las respuestas sea positiva, podrá omitir el llenado del siguiente recuadro
¿La persona moral está constituida legalmente en el extranjero?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	

## DATOS DE LAS PERSONAS FÍSICAS QUE EJERCEN EL CONTROL DE LA SOCIEDAD (que posean o controlen, directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior, al 25% del capital o de los derechos de voto) O EN SU DEFECTO, DEL DIRECTOR GENERAL O DEL ADMINISTRADOR ÚNICO

Apellido paterno, apellido materno y nombre(s)	Fecha de nacimiento	% de participación / Administrador / Director general

## DECLARATIVA DEL REPRESENTANTE LEGAL

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.

Nombre completo y firma del cliente, contratante, asegurado o representante legal.

## 1.3 Domicilio fiscal para persona física o moral

Calle	No. Exterior	No. Interior
Colonia	C.P.	Teléfono (Con Lada)
		Extensión

## 2. Modificación de datos generales de los asegurados

Dice:						
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)	C.P.	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo	Fecha de antigüedad (dd/mm/aaaa)
					F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	
					F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	
					F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	
Debe decir:						
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)	C.P.	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo	Fecha de antigüedad (dd/mm/aaaa)
					F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	
					F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	
					F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	

**Nota:** Si alguno de los asegurados no vive en el mismo domicilio del titular, favor de indicar código postal y nombre del Asegurado. Un cambio de residencia de asegurados puede implicar un cambio de tarifa. Para la corrección de nombre, Sexo y fecha de nacimiento es necesario copia del acta de nacimiento e identificación oficial con los datos. Aplicarán políticas de suscripción vigentes.

### 3. Cancelación de póliza

Causa: A petición del Asegurado ☐ Por Fallecimiento ☐ Otros, especificar: ☐ \_\_\_\_\_

### 4. Alta o baja de asegurados

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Alta	Baja
1.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Nota:** En caso de recién nacido, anexar copia del acta de nacimiento o constancia de alumbramiento; Cualquier otro tipo de alta, favor de anexar Solicitud de Seguro. Aplicarán políticas de suscripción vigentes.

### 5. Cambios de cobertura

#### 5.1 Cambio de plan

Plan	Suma asegurada	Deducible	Coaseguro	Círculo médico

#### 5.2 Cambio de coberturas adicionales

Altas ☐

Coberturas: \_\_\_\_\_

En caso de solicitar Respaldo Hospitalario indique indemnización diaria por hospitalización \$ \_\_\_\_\_

Bajas ☐

Coberturas: \_\_\_\_\_

#### 5.2.1 En caso de solicitar Respaldo por fallecimiento, Respaldo hospitalario y/o la Cobertura de Ayuda para maternidad plus, favor de llenar la siguiente información:

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
<b>Solicitante 1</b>			
	Cobertura: RF <input type="radio"/> RH <input type="radio"/>	Cobertura de Ayuda para Maternidad Plus <input type="radio"/>	Sexo F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
<b>Solicitante 2</b>			
	Cobertura: RF <input type="radio"/> RH <input type="radio"/>	Cobertura de Ayuda para Maternidad Plus <input type="radio"/>	Sexo F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
<b>Solicitante 3</b>			
	Cobertura: RF <input type="radio"/> RH <input type="radio"/>	Cobertura de Ayuda para Maternidad Plus <input type="radio"/>	Sexo F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>

**Nota:** Es importante tener en cuenta las políticas de cambio de condiciones vigentes, así como lo establecido en las condiciones generales de su Contrato. Alta o baja de coberturas opcionales (aplica para todos los integrantes de la póliza a excepción de la Cobertura de Respaldo por fallecimiento, Respaldo hospitalario y Ayuda para Maternidad Plus).

[+] Si cuenta con él.

**ADVERTENCIA:** En el caso de que 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 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.

Si alguno de los solicitantes será nombrado como beneficiario, omita Domicilio y fecha de nacimiento. En caso contrario, proporcione la información completa del nuevo beneficiario.

## 5.2.2 Declaración o cambio de beneficiarios para las coberturas de Respaldo por fallecimiento y/o Respaldo hospitalario

No. de solicitante que designa	Beneficiario: Primer apellido, Segundo apellido y Nombre(s)	Cobertura	Fecha de nacimiento
1 0 2 0 3 0 4 0		RF <input type="radio"/> ____% RH <input type="radio"/> ____%	dd/mm/aaaa
	Domicilio (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Alcaldía o Municipio y Estado)		Parentesco
No. de solicitante que designa	Beneficiario: Primer apellido, Segundo apellido y Nombre(s)	Cobertura	Fecha de nacimiento
1 0 2 0 3 0 4 0		RF <input type="radio"/> ____% RH <input type="radio"/> ____%	dd/mm/aaaa
	Domicilio (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Alcaldía o Municipio y Estado)		Parentesco
No. de solicitante que designa	Beneficiario: Primer apellido, Segundo apellido y Nombre(s)	Cobertura	Fecha de nacimiento
1 0 2 0 3 0 4 0		RF <input type="radio"/> ____% RH <input type="radio"/> ____%	dd/mm/aaaa
	Domicilio (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Alcaldía o Municipio y Estado)		Parentesco

## 6. Rehabilitación (Póliza al descubierto por un plazo mayor a 45 días)

De 46 a 60 días ☐ De 61 a 90 días<sup>2</sup> ☐ De 91 a 120 días<sup>2</sup> ☐

## [2] Anexar Declaración de salud

## 7. Viaje al extranjero (estancias mayores a 3 meses)

¿Algún solicitante viajará al extranjero en los próximos 6 meses con permanencia mayor a 3 meses?

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)	Fecha de inicio: dd/mm/aaaa	Fecha fin: dd/mm/aaaa	Destino:
1.						
2.						
3.						

## 8. Modificaciones de riesgo

### 8.1 Deporte

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
1.			
2.			
Solicitante	Deporte:	Frecuencia semanal:	Práctica profesional ( Percibe remuneración)
1 0 2 0		Hasta 3 veces <input type="radio"/> Más 3 veces <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
1 0 2 0		Hasta 3 veces <input type="radio"/> Más 3 veces <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
1 0 2 0		Hasta 3 veces <input type="radio"/> Más 3 veces <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

**Nota:** Para deportes como: Automovilismo, Inmersiones Submarinas, Motociclismo, Cacería, Aviación y Paracaidismo, llene el Cuestionario correspondiente o anexe carta detallando actividad firmada por el Asegurado.

## 8.2 Ocupación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
¿Se dedica o trabaja actualmente en alguna de las siguientes actividades?		
-Labores administrativas	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
-Operador de maquinaria pesada	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
-Trabaja con explosivos, solventes, productos químicos peligrosos o sustancias radioactivas	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
-Visita o asiste a obras o construcciones	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
-Utiliza, maneja o su trabajo esta relacionado con el uso o portación de armas de fuego, seguridad o rescate	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
-Su actividad es agrícola con uso de fertilizantes, pesticidas, herbicidas, etc.	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
-Utiliza motocicleta	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
-Viaja en aviones particulares más de 40 horas anuales	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Detallar en que consisten sus labores: _____		

## 9. Otros movimientos


## 10. Cobranza

Forma de pago	Vía de pago	Tipo de cuenta/tarjeta
Anual <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/>	Cargo a Tarjeta <input type="radio"/> Domiciliación <input type="radio"/>	Tarjeta de Crédito <input type="radio"/> Tarjeta de Débito <input type="radio"/>
Mensual <sup>3</sup> <input type="radio"/> Única <sup>4</sup> <input type="radio"/>	Intermediario <input type="radio"/>	CLABE <input type="radio"/>
Número de tarjeta/cuenta	Banco	
¿El contratante es igual al titular de la cuenta/tarjeta?		
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Nombre del Titular: _____		
¿Parentesco del contratante con el titular de la cuenta/tarjeta?		

Solicito y autorizo a la institución financiera o bancaria que corresponda para que realice, a mi nombre el pago por los conceptos, periodicidad y montos que se detallan, con cargo a mi tarjeta de débito o crédito, o a mi cuenta bancaria identificada por la CLABE que se cita, a favor de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP), liberando al banco de cualquier responsabilidad. Cuando la transacción sea con cargo a tarjeta de débito o crédito, cuenta bancaria, o mediante transferencia o depósito bancario, el estado de cuenta, recibo, comprobante, folio o número de confirmación de la transacción que corresponda hará prueba plena del pago hasta en tanto GNP entregue el comprobante de pago correspondiente. **[3]** Solo aplica con cargos automáticos. **[4]** Solo aplica para Vínculo Mundial con vigencia menor a un año.

## UNE

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 Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04200, por los siguientes medios: Llamando al teléfono 55 5227 9000 para la Ciudad de México e Interior de la República o Enviando correo electrónico a la dirección: [unidad.especializada@gnp.com.mx](mailto: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 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, al teléfono 55 5340 0999 para la Ciudad de México e Interior de la República, al correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [condusef.gob.mx](http://condusef.gob.mx).

### Datos personales y consentimiento

Reconozco que previo a proporcionar mis 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 declaro tener 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 **gnp.com.mx**.

Por lo anterior, y una vez que he sido informado sobre el tratamiento al que serán sujetos los datos personales de identificación, patrimoniales y sensibles, en mi carácter de Titular otorgo mi consentimiento expreso y por escrito de manera libre, inequívoca e informada, para que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (en adelante GNP) los trate en términos de lo señalado en el referido Aviso de Privacidad, así mismo para que los transfiera a mi agente de seguros o corredor que intermedio mi póliza (en adelante El Agente) a través de los medios de contacto que hayan sido proporcionados a la aseguradora relacionados con el contrato de seguro con la finalidad de dar cumplimiento a la relación jurídica con GNP.

En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento o de quien(es) ostente(n) la patria potestad y/o debida representación legal o tutela, 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 de la relación jurídica que en su caso se establezca.

Así mismo, declaro que se me informó que, con la autorización de la transferencia de mis datos personales mencionados, El Agente será responsable de dicho tratamiento y quien deberá informarme a través de su Aviso de Privacidad, el tratamiento que le dará a los mismos.

#### Asegurado Titular y/o Contratante

(Del nuevo en caso de haber solicitado cambio de éste y de su Representante Legal si es menor de edad)

Nombre y firma

### Datos del Agente

CUA	Contrato	Folio	D.A.
Firma			

### Firmas

Bajo protesta de decir verdad y por el principio de la buena fe, en mi carácter de Solicitante Titular y/o Contratante y en representación de los Solicitantes, declaro que el contenido de la presente solicitud es cierta y estoy de acuerdo en que con base a lo declarado la Aseguradora valorará el riesgo a contratar.

#### Asegurado Titular y/o Contratante

(Del nuevo en caso de haber solicitado cambio de éste y/o de su Representante Legal si es menor de edad)

Nombre y firma

**Nota:** Es indispensable contar con las rúbricas y no se aceptará el formato con firmas "por ausencia" o "por poder". Anexar copia de identificación oficial con firma. Si fuera necesario anexar algún documento adicional, éste deberá ir firmado. Este formato deberá ser firmado por el nuevo Asegurado y/o Contratante en caso de haber solicitado el cambio.

**“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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 22 de noviembre de 2023, con el número CGEN-S0043-0131-2023/CONDUSEF-G-00716-011”.**