



Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco
C.P. 04200, México, Ciudad de México

Vida Individual
Documento para uso exclusivo de la Institución

Solicitud de cambios (H-107)

Favor de ser llenada con letra molde.

No. de póliza		Fecha	
		día mes año	

Datos del Contratante persona física					
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	
				Género	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Fecha de nacimiento		Código de cliente		(si cuenta con él)	
día mes año					
R.F.C.		homoclave		CURP	
(si cuenta con ella)		(si cuenta con ella)			
letras año mes día				País y Estado de nacimiento	
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*		No. de identificación fiscal y País emisor		Nacionalidad(es)	
(solo extranjeros)					
Relación o parentesco con el Asegurado		Ocupación actual		Giro del negocio donde trabaja	
				Correo electrónico	
¿El contratante 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.		Código de cliente		Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*	
(si cuenta con ella)		(si cuenta con él)			
letras año mes día					
Fecha de constitución		Folio mercantil		No. de identificación fiscal y País emisor	
día mes año				(solo extranjeros)	
				Nacionalidad(es)	

Domicilio del Contratante (persona física o moral)					
Calle		No. exterior		No. interior	
				Colonia	
				C.P.	
Municipio o Alcaldía		Ciudad o Población		Entidad Federativa	
				País	
				Lada Teléfono	

Nombre del Representante Legal					
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	

Persona física que posea o controle, directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior al 25% del capital o de los derechos de voto, o en su defecto, el administrador único o director					
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	
				Fecha de nacimiento	
				día mes año	
				% de acciones	
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	
				Fecha de nacimiento	
				día mes año	
				% de acciones	

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*		Género		R.F.C.	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		letras año mes día	
				(si cuenta con ella)	

I. Movimientos financieros					
Retiros del fondo de inversión			Retiros del fondo de inversión para el pago de primas		<input type="checkbox"/> Rescate
<input type="checkbox"/> Parcial \$					\$
<input type="checkbox"/> Fondo de Protección \$			<input type="checkbox"/> De Vida		Póliza No.
<input type="checkbox"/> Fondo del Plan Personal de Retiro \$			<input type="checkbox"/> De otros ramos		Póliza No.
<input type="checkbox"/> Fondo de la Cuenta Especial de Ahorro \$					<input type="checkbox"/> Préstamo
					A cuenta por \$
					<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		Plazo de pago	
		(según forma de pago)			
				Opciones de liquidación	
				Pago único Fideicomiso Plan de rentas	
• Objetivo de Ahorro 2				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
• Objetivo de Ahorro 3				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Obj 2 Obj 3		Obj 2 Obj 3		Obj 2 Obj 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 USD % %	
• Vida Activa 2045 % %					
Total 100%					
De no especificarse alguna distribución para determinar la estrategia de Rendimiento, las primas se administrarán en la Cuenta Eje.					

* Si cuenta con ella.

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

Domicilio de los Beneficiarios:

Calle, Número exterior, Número interior, Colonia, Código Postal, Municipio o Alcaldía, Ciudad o Población, Entidad Federativa y País (solo 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

☐ Alta

☐ Baja

☐ Cambio

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Género	Fecha de nacimiento	Código de cliente
			<div><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</div>	día mes año	(si cuenta con él)
R.F.C.	letras	año mes día	homoclave (si cuenta con ella)	CURP (si cuenta con ella)	País y Estado de nacimiento
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*			No. de identificación fiscal y País emisor (solo extranjeros)		Nacionalidad(es)
Relación o parentesco con el Asegurado		Ocupación actual	Giro del negocio donde trabaja		Correo electrónico
<div>¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en los últimos cuatro años?</div> <div>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Definir cargo y dependencia:</div>					

Domicilio

Calle	No. exterior	No. interior	Colonia	C.P.
Municipio o Alcaldía	Ciudad o Población	Entidad Federativa	País	Lada Teléfono

Cambio de Contratante (en caso de ser persona moral)

☐ Alta

☐ Baja

☐ Cambio

Razón social	Giro mercantil, actividad u objeto social	Correo electrónico o página de Internet			
R.F.C.	letras	año mes día	homoclave (si cuenta con ella)	Código de cliente (si cuenta con él)	Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*
Fecha de constitución	Folio mercantil	No. de identificación fiscal y País emisor (solo extranjeros)		Nacionalidad(es)	
día mes año					

Domicilio del Contratante (persona física o moral)

Calle	No. exterior	No. interior	Colonia	C.P.
Municipio o Alcaldía	Ciudad o Población	Entidad Federativa	País	Lada Teléfono

Nombre del Representante Legal

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

Persona física que posea o controle, directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior al 25% del capital o de los derechos de voto, o en su defecto, el administrador único o director

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento	% de acciones
			día mes año	
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento	% de acciones
			día mes año	

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*	Género	R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)
	<div><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</div>						

* Si cuenta con ella.

En caso de requerir información contáctenos al 5227 9000 o visite gnp.com.mx

IV. Otros cambios			
<div><input type="checkbox"/> Comprobación de edad (es necesario presentar documento oficial que lo avale)</div> <div><input type="checkbox"/> Corregir nombre del Asegurado. El nombre es: _____</div> <div><input type="checkbox"/> Reconsideración de extraprima</div> <div>Otros cambios: _____ _____</div>			
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: \$ _____		<div><input type="checkbox"/> En efectivo _____</div> <div><input type="checkbox"/> Cheque número _____</div>	Banco _____
Ingresado en oficina	Folio _____	Fecha <div>día mes año</div> <div>_____</div>	
Datos Personales y Consentimiento			
<p>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:</p> <div><input type="checkbox"/> Sí Consiento dicho tratamiento</div> <div><input type="checkbox"/> No Consiento dicho tratamiento</div> <p>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.</p> <p>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).</p> <div><div>_____ Nombre y firma del Asegurado 1</div><div>_____ Nombre y firma del Asegurado 2</div><div>_____ Nombre y firma del Contratante 1</div><div>_____ Nombre y firma del nuevo Contratante</div></div>			
Datos del Agente			
Clave	Zona	Nombre completo	Firma
Módulo de atención e información a asegurados. Asesorías y aclaraciones 5227 9000			