

Fecha			Formato único de identificación del cliente																	
Día	Mes	Año																		
<b>Datos Generales del Contratante, Asegurado o Beneficiario</b>																				
Razón o Denominación Social/ Nombre completo (Apellido paterno, apellido materno, nombre[s])												Nacionalidad								
Fecha de Nacimiento			Fecha de Constitución			País de nacimiento (personas físicas)			Entidad federativa de nacimiento (personas físicas)											
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año															
R.F.C.			letras			año			mes			día			homoclave			No. de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (si cuenta con ella)		
Ocupación o actividad económica (personas físicas)									Objeto Social o Giro (personas morales)											
Folio Mercantil (personas morales)			No. de identificación fiscal extranjeros (opcional personas físicas / obligatorio personas morales)						País emisor		CURP									
<b>Domicilio de residencia en México</b>																				
Calle												No. Exterior		No. Interior						
Colonia						Municipio o Alcaldía				Entidad Federativa										
Ciudad o población						Código postal		Clave Lada		Teléfono particular			Correo electrónico o página de Internet							
<b>Domicilio de Residencia en el Extranjero (en caso de que aplique)</b>																				
<b>Nombre completo del Representante Legal (personas morales)</b>																				
<b>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 Administrador Único</b>																				
Apellido paterno, apellido materno y nombre(s)								Fecha de nacimiento				Porcentaje de participación								
<b>Datos Personales (exclusivo para Personas Físicas)</b>																				
<p>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 prevención y detección de fraude y operaciones ilícitas. Puede consultar la versión integral del Aviso de Privacidad en <a href="http://www.gnp.com.mx">www.gnp.com.mx</a> o en el teléfono (55) 52279000 a nivel nacional.</p> <p>Reconozco que se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial S. A. B. (en adelante GNP), mismo que contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y en su caso sensibles y aceptó su tratamiento por parte de GNP. Asimismo se me informó que puedo consultar dicho aviso y sus actualizaciones en cualquier momento en la página <a href="http://www.gnp.com.mx">www.gnp.com.mx</a> o en el teléfono (55) 52279000 a nivel nacional. 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, así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad para su consulta.</p>																				
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> Nombre completo y firma del contratante, asegurado o beneficiario																				
<b>Declarativa de actuación por cuenta propia (exclusivo para Personas Físicas). Aplica en caso de contratación, renovación y rehabilitación de póliza.</b>																				
Declaro bajo protesta de decir verdad que la contratación descrita en la presente Solicitud se realiza con recursos propios y únicamente en beneficio del Contratante descrito en este documento. Lo anterior, de conformidad con las Políticas en materia de Prevención de Lavado de Dinero o en materia de Identificación de Clientes, según corresponda.																				
Fechado en _____ el día _____ de _____ del año _____																				
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> Nombre completo y firma del contratante o asegurado																				
<b>Entrevista personal. Aplica en caso de contratación, renovación y rehabilitación de póliza.</b>																				
El agente que suscribe realizó una entrevista personal con el Contratante o Representante Legal que solicita el presente seguro, con la finalidad de obtener los datos personales que fueron asentados en este formato y así mismo, validó la identificación oficial exhibida por éste.																				
Tipo de Identificación					Organismo que emite la identificación					Folio o número										
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> Nombre completo y firma del agente, ejecutivo o promotor																				