

## Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco C.P. 04200, México, Ciudad de México Tel. 5227 3999. www.gnp.com.mx Documento para uso exclusivo de la Institución

Vida Individual

Solicitud de cambios (H-107)							o. de pól	Fecha				
Favor de ser llenada con letra de							día mes año					
Datos del Contratante persona fi		meterne	Nambra	(a)			Cay	10	Cádiaa d	a alianta (si suant	الم موم دا/	
Apellido paterno	Apellido	materno	Nombre	(S)		1	Sex F 🔲	М 🔲	Coalgo a	e cliente (si cuent	a con ei)	
letras año R.F.C.	mes día homoclave	CURP*					País de	nacimien	to			
Número de Serie del Certificado E	Digital de la Firma Electrón	ica Avanzada*	Correo electrón	iico					Naciona	lidad (es)		
Relación o parentesco con el Aseg	jurado	Profesión u ocupació	ón			Activi	dad o giro	del nego	cio dond	e trabaja		
El Solicitante desempeña o ha de Definir cargo y Dependencia:	esempeñado cargo alguno	dentro del Gobierno	Municipal, Estatal, o Fed	deral en l	os último	os cuatro a	ños?			Sí 🗌	No 🗌	
Contratante (en caso de existir co Razón social	omo persona moral)	Giro mercantil, activ	idad u obieto social			Corre	o electrór	nico o pág	ina de Ini	ernet		
		,						13				
letras año R.F.C.	mes día homoclave	Código de cliente (si c	cuenta con él)	Número	de Serie	del Certifica	ado Digital	de la Firma	a Electrón	ica Avanzada*		
Domicilio del contratante (person Calle	a física o moral)		No.exterior	No.	interior		Со	lonia		C. P.		
Dalamadán a Mundalala	Ciudad a Dablasián	I Fustial and	Fodorotivo	Defe				Claus	Lada	Taléfana		
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Entidad	Federativa	País				Clave	e Lada	Teléfono		Ш
Nombre del representante legal Apellido paterno	pellido materno	Nombre(s)		Número	de Serie	del Certific	ado Digita	ıl de la Firn	na Electró	nica Avanzada*		
Datos del Asegurado en caso de s	ser distinto al contratante	)										
Apellido paterno		Apellido matern	0			N	ombre(s)					
Número de Serie del Certificado D	ligital de la Firma Electrón	ica Avanzada*		l	exo M 🔲	R.F.C.		letras	a 	ño mes di	ía homo	clave
Movimientos financieros Retiros del fondo de inversión			Retiros del fondo de in	versión n	ara pag	os de prim	a			Rescate		
Parcial \$			☐ De Vida		iza No.				\$			
Fondo de Protección \$  Fondo del Plan Personal de Re	etiro \$		☐ De otros ramos	Dáll	iza No.				1-	Préstamo uenta por \$		
Fondo de la Cuenta Especial d	e Ahorro \$		_	ruli	.za INU.				. A C	Máximo <u>\$</u>		
Si aplica de acuerdo a políticas de CLABE bancaria	egresos, para transferenc	ias bancarias indique Sucursal	:	Plaza				Nombre	del band	00		
nclusión de Objetivos de Ahorro			Delice	do Meio	ro	DI	ala D	1		Onalonae de llecci	doolé:-	
Objetivo de Ahorro 2	Nombi	е		a de Ahor orma de p		Plazo	de Pago		Pago úr	Opciones de liqui nico Fideicomiso	Plan de r	
Objetivo de Ahorro 3 Obj 2	Obj 3		Obj 2	Obj 3					OI	□ oj 2	∐ Obj 3	
Vida Activa 2025 %	% · De	euda Corto Plazo euda Largo Plazo	<del></del> %		% %	· Dólares (				<del>~</del> %	,-	<b>-</b> %
Vida Activa 2035 %	% · U[	OIS Mediano Plazo	%		%	· Bolsa M	Κ	.0		%		<u></u> %
Vida Activa 2040	% · U[	DIS Largo Plazo	<u></u> %		%	· Bolsa US	A			%		<u></u> %
De no especificarse alguna distrib	ución para determinar la e	estrategia de Rendimi	iento, las primas se admi	inistrarár	n en la Cu	ienta Eje.				Total 1	00%	
<b>I. Beneficiarios</b> Nota Importante: El Asegurado d	ebe designar beneficiario	s en forma clara y pr	ecisa, para evitar cualqu	uier incer	tidumbr	e. La desig	nación de	e benefici	arios oto	rga el derecho d	e los ben	eficios
seguro, por lo que no son recome	•		•	,	•							
Advertencia: En caso que desee n cobre la indemnización. Lo anter			,						•			
consideran al contrato de seguro	como instrumento adecua	ido para tales designa	aciones.									
La designación que se hiciera de l mayor de edad, quien en todo cas							-					
le la Suma Asegurada.		2.7 [ 300 10 00	J 422 30				009		0. 0	230.1010		۲۰
Cambio de beneficiarios Apellido paterno	Apellido materno	Nombre	e (s)	Р	arentesc	0	Sum	a Asegura	da	Fecha de	nacimier	nto
1	•							<u> </u>	%	día mes		año
2									0/	día mes		año
									%	dia mes	Ш,	l l
3									%	1 1	<u> </u>	<u>.</u>
En caso de requerir inforrmación contáct Si cuenta con ella	enos al: 5227 9000 para la Ciud	dad de México y al 01 (55)	) 5227 9000 para el interior de	e la Repúb	lica o visit	e gnp.com.m	ıx					· <u></u>
7 03 03		www.gr	np.com.mx									1

Cambio de beneficiarios Domicilio de los Beneficiarios	s: Calle, Núme	ro exterior. Númer	o interior	Colonia Códio	n Postal.	Municin	io o Delena	ación. Ci	iudad o Pobl	lación. En	tidad F	ederati	va v Pa	<b>ís (</b> Sólo	en caso d	e ser dist	into al c	lomicilio	o del	
Solicitante <b>).</b>	or cano, raino	o ontorior, ruamor	0	colollia, coulg	,o . oota.,	т.ш.погр	.c c 2 c.cg.	201011, 0				040141	,	(00.0	011 0000 U	5 501 <b>u</b> .5t	into un c		, uo.	
1																				
2																				
3																				
Nota: Para cambio en esta se	occión nara las	nólizas de Vida Inve	arsián sará	á nocosario nue	NO CODIC	anio da si	anvicios ala	ctrónico	os nuevo rea	iistro a In	tornot v	v cambio	o de cue	onta do i	rhonilos s	nombre	del Cor	tratant	م ۵ ۸ م م	nurado
de la póliza	ccion, para ias	polizas de vida irivi	C131011, 3C16	a riccesario riac	JVO COTIVO	orno ac s	ci vicios cic	.cti Oi iicc	s, nacvo reg	jisti o a iii	terriet	y carribic	o ac ca	cinta uc	uneques e	Hombie	uci coi	iti atai iti	c o Asc	gurado
III. Cambio de Contratan	te persona fi							Alta			Baja			_ Ca	mbio					
Apellido paterno		Ap	pellido ma	aterno			Non	nbre(s)				FΠ	Sexo M	П	Codigo	de clien	te (si ci	uenta c	on el)	
letras	año me	es día homocla	ave ICII	JRP*										cimien	to					
R.F.C.	1 1 1 1		1	 	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1 1	1 1	1 1		, uoa							
Número de Serie del Cert	tificado Digita	al de la Firma Elec	ctrónica A	Avanzada*		C	orreo elec	ctrónico	)						Nacion	alidad (	es)			
													` '							
Relación o parentesco co	Pro	ofesión u ocu		Actividad o giro d						del negocio donde trabaja										
FIG. 11.11.		~ 1					F				<u> </u>	- 0								
¿El Solicitante desempeña Definir cargo y Dependen		npenado cargo ai	guno den	tro dei Gobie	erno iviu	nicipai,	Estatai, o	reaera	ii en ios uit	imos cua	atro ai	nos?					Sí _	No	· 🗀	
<b>Domicilio</b> Calle						No a	cterior		No. inte	rior			Colo	onia			C. P.			
Calic						140. 67	(torioi		NO. IIIC	1101			COIC	Ji iiu			0.1.			
Delegación o Municipio	I	Ciudad o Poblacio	ón	En	tidad Fe	derativa	a	Р	aís					Clav	e Lada	Teléfo	no			
														ı	1 1		1 1	ı	1 1	1
Cambio de Contratante (		er persona mora						Alta			Baja				mbio					
Razón o denominación so	ocial		Gir	ro mercantil,	activida	ıd u obje	eto social				Corre	eo o pá	gina de	e Interr	net					
letras	año mo	es día homocla	200 Có	digo de client	o (ci cuo	nta con	ΛI)	Niúmo	ro do Corio	dal Carti	ificado	Digital	do lo F	irmo Ele	octrónico	Avonzo	do.*			
R.F.C.	año me		ave Coo	aigo de cilent	e (si cuei	IIIa COII	ei)	Nume	ero de Serie	der certi	incado	Digital	ue ia r	II III E E	ectronica	Avanza	Ja			
Domicilio																				
Calle			No	o. exterior	No	o. interio	or	Color	nia								(	C. P.		
Municipio o delegación	Ciuc	lad o población		Entidad	d Federa	ativa		Р	aís					Clav	e Lada	Teléfo	no			
Nombre del representan	nto logal																			
Apellido paterno		Ilido materno		Nombr	e(s)			Núme	ero de Serie	del Certi	ificado	Digital	de la F	irma Ele	ectrónica	Avanza	da*			
												Ü								
IV. Otros Cambios																				
☐ Comprobación de eda			cumento c	oficial que lo	avale)															
☐ Corregir nombre del A	-	nombre es:																		
☐ Reconsideración de ex Otros cambios:	ktraprima																			
Otros carribios.																				
Favor de indicar la inform	mación que s	e aneva a esta so	olicitud na	ara llevar a c	aho el t	rámite														
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:  En efectivo													1	Banco						
Para el trámite solicitado hago el depósito de:																				
\$			┈	Cheque número								_								
Ingresado en oficina			-	Foli	0									Fe	echa	día	me	es .	añ	0
Datas Damanalas v Cana															, or id	<u>ш</u>	<u> </u>	丄	<u>ш</u>	
Tuve a la vista el Aviso de		Integral de Grun	no Nacion	al Provincial	SΔR	el cua	Lcontien	e v det	alla las fina	alidades	del tr	atamie	nto de	mis d	atos ner	sonales	natrin	noniale	A2 V 26	nsihles
Tuve a la vista el Aviso d	ic i rivaciada	integral de Grap	oo ivacioni	iai i rovinciai,	J. M. D.	., ci cuu	Contion	c y uci	ana ias inic	indudes	uci tii	atarriic	into ac	, iiiis ui	atos pei	30Hales,	patrii	Tornard	,3 y 3C	11310103
Asimismo, se me informó	i la disponibil	idad de dicho Av	iso y sus a	actualizacion	es en la	página	www.gnp	.com.n	nx. Por lo ai	nterior:										
				cho tratamie					o Consient											
En caso de haber proporc			otros titu	ilares de dato	os, recor	nozco m	ii obligaci	ión de i	informarles	s de esta	a entre	ega, asi	i como	los lug	jares en	los que	se end	uentra	dispo	nible e
Aviso de Privacidad Integ	•					! 4 m = n = # n	lada saut	· · · · · ·	مامام مرمامام	d. P	N D /D-		مام ماک	مام مرام	da Diaa	1				
Para proceder a la entreg	ja de la Poliza	i, ia compania de	ebe contai	r con la docu	mentaci	ion cote	gada com	orme a	alsposicio	nes de P	יבט (פו	evenci	ion de	Lavado	de Dine	10).				
Nombre y firma del Asegurado 1										Nombre	y firma	del Ase	egurado	2					_	
																			_	
Nombre y firma del Contratante 1  Datos del Agente									Nombre	y firma	del nue	evo Con	tratante							
				ompleto						Firma										
Módulo de atención e inform	nación a asegu	rados Asesorías v	aclaracione	es 5227 9000											•					

<sup>\*</sup> si cuenta con ella