

Este documento deberá ser llenado con información correcta y firmado por el Contratante y Asegurado. No será válido con tachaduras o enmendaduras.

Fecha (dd/mm/aa)

11/02/26

I. INFORMACIÓN GENERAL

Número de Póliza	Lugar de trabajo (dependencia)
628523888	IMSS
Nombre del Contratante o Asegurado	RFC con homoclave
Facundo Julian Martinez Macoixtle	MAMF511127GD3
Correo electrónico	Teléfono celular
Focus-amigable-27@Hotmail.com	2721960765

II. TRÁMITE

Seleccione el tipo de retiro (solo una opción)

- ☐ Retiro del fondo de ahorro
 ☐ Retiro del fondo de protección
 ☐ Retiro del fondo de ahorro y del fondo de protección
 ☒ Cancelación de Póliza (Valor de rescate)

III. ALTA DE CUENTA BANCARIA PARA RETIRO

Seleccione una de las siguientes opciones de pago y registre la información solicitada en la sección correspondiente

Opción 1 (recomendada) <input checked="" type="radio"/> Cuenta CLABE	Se realiza el pago a una cuenta CLABE de 18 dígitos que aparece impreso en el estado de cuenta o que es proporcionada por la sucursal del banco. 002882702011812222
Opción 2 <input type="radio"/> Orden de pago	Para hacer efectivo el cobro de la devolución, debe acudir a la institución bancaria que corresponde con una identificación oficial (INE, pasaporte vigente o cédula profesional) y las claves proporcionadas por GNP al correo o teléfono celular registrados en la sección de información general de este formato, asegúrese de que esos campos no queden vacíos.

En caso de cancelación, retiro del fondo de ahorro o retiro del fondo de protección, se debe incluir adicional a este formato:

- Identificación oficial del Contratante, vigente, legible, con fotografía y por ambos lados.
- En caso de que el Asegurado sea distinto al Contratante, también incluir identificación oficial.
- Copia del estado de cuenta bancario donde se pueda identificar el nombre del titular y número de cuenta CLABE correspondiente en el que se acredite la titularidad de la cuenta a la que va a realizarse la transferencia.

Facundo Julian Martinez Macoixtle

Nombre y firma del titular o Contratante

Nombre y firma del Asegurado

En caso de requerir mayor información contáctenos a Línea GNP al 55 5227 9000 o visite gnp.com.mx

1/2