

Grupo Nacional Provincial, S.A.B.

Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco c.p. 04200, México D.F.

Gastos Médicos Mayores

Notificación para Ayuda de Parto o Cesárea

Este formato deberá ser llenado con la información correcta, detallada, firmado por el Asegurado y se proporcionará			Póliza No.	Fecha
para efectos de entregar a este la ayuda para Materni				día mes año
Generales de su póliza.				
Este documento no será valido con tachadura o enmendaduras.				
Este documento no sera valido con tachadura o enmendaduras.				
Aviso previo Solicitud posterior al nacimiento				
Aviso previo				
Fecha probable de parto Dia Mes				
I. Datos del Asegurado				
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s) Código de cliente o No. de certificado				
letras año mes día homoclave* Parentesco con el titular Teléfono de contacto (Casa/oficina) Ext. Teléfono de contacto (Móvil)				
letras año mes día homoclave* Parenteso	lada	olicina) Ext.	Teléfono de contacto (Me	סיווי)
Correo electrónico para notificaciones de pago:				
II. Seleccione la persona a la que deberá efectuarse el pago				
Asegurado Afectado/Participante Asegurado Titular/Participante Contratante Padre, Madre o tutor				
(Solo si es mayor de edad)				
*En aquellos casos en los que se trate de un Contrato en el que el Asegurado afectado/Participante sea un menor de edad, indique en el siguiente espacio el tipo de parentesco o relación que tiene con el . Así mismo, anexe el (los) documento(s) correspondiente(s) que acredite(n) que se trata del padre, madre o tutor del menor.		Parentesco con el Asegurado afectado/Participante		
		Padre Madre Tutor		
Paule Maule Tuloi				
1. Si está solicitando por primera vez un pago deberá entregar junto con el presente documento el formato único de información bancaria para pago vía transferencia				
electrónica debidamente llenado.				
2. Si ya ha dado de alta la cuenta indique los últimos 4 dígitos de la cuenta bancaria a la que se requiere que se realice el pago:				
Cuenta CLABE				
Tarjeta de Débito				
Monedero Electrónico GNP				
Datos Personales y Consentimiento:				
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:				
☐ Si Consiento dicho tratamiento ☐ No Consiento dicho tratamiento				
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.				
Nombre y firma del Asegurado				
	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			
Nombre del Agente	Clave	Teléfono		Estado
J				
Lines OND				
	Línea GNP			
	52 27 9000 Distrito Federa			
01	800 400 9000 Interior de la F	Republica		