

Consentimiento de Seguro de Vida

Este formato se considera valido mientras el empleado este activo y con la aseguradora que este vigente.

Sección I. Datos del Asegurado																									
Código Cliente					R.F.C.		Letras		Año		Mes		Día		Homoclave		Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre		
Sexo					Estado Civil					Fecha de nacimiento					Fecha de ingreso al Grupo					CURP					
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL										Día Mes Año					Día Mes Año										
Día Mes Año					Inicio de vigencia de la póliza a las 12:00hrs. Inicio - Término					Día Mes Año					Puesto u ocupacion (detallar)										
Suma Asegurada o regla para determinar la Suma Asegurada																									
Elija sólo una de las siguientes formas de pago de la Suma Asegurada																									
<input type="checkbox"/> Administración en Fideicomiso (llenar reverso) Beneficiario: Fideicomiso GNP No. FI01S-023-00(100%) <input type="checkbox"/> Pago Único. Beneficiarios:																									
Sección II. Beneficiarios																									
Nombre completo															Parentesco					% de Suma Asegurada					
<p>En caso de haber llenado esta parte, se tomarán estas personas como aún cuando se haya requisitado. los beneficiarios del seguro, por lo que el Fideicomiso quedará nulo</p>																									
<p>Advertencia: En el caso de que se 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 el instrumento adecuado para tales designaciones.</p>															<p>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 nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría 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.</p>										
<p>Doy mi consentimiento para formar parte del Seguro de Grupo de Vida este acto autorizo a los médicos y hospitales que me hayan asistido para que solicitado a GNP por el Grupo al que pertenezco y expresamente declaro que proporcionen a GNP todos los informes que se refieren a mi salud. todo lo anteriormente expuesto es verídico y que gozo de buena salud y en</p>																									
<p>Aviso de PrivacidadEn cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Grupo Nacional Provincial, S.A.B., (GNP) con domicilio en Avenida Cerro de las Torres No. 395, Colonia Campestre Churubusco, C.P. 04200, Delegación Coyoacán, México D.F., hace de su conocimiento que sus datos personales, aun los sensibles, recabados o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, se celebre o haya concluido, se tratarán para i dentificación, análisis y adminis-tración, pudiéndose transferir a proveedores que nos proporcionan servicios para dar cumplimiento a dicha relación.Adicionalmente, le informamos que los datos personales que recopilamos los utilizamos, en conjunto con el grupo al que pertenecemos, para ofrecerle otros productos y servicios, como un valor agregado, sin compartir su información con terceros anunciantes.</p> <p>Para limitar el uso y divulgación de sus datos, mantenemos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad. En caso de que usted no esté de acuerdo con este aviso de privacidad, podrá ejercer su derecho de revocación por escrito y de forma inmediata en la dirección antes citada, y a partir del 6 de enero de 2012, sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición. El presente Aviso y sus actualizaciones, estarán a su disposición en la página www.gnp.com.mx, a través de comunicados colocados en nuestras oficinas o a través de otros medios de comunicación que tengamos con usted.ConsentimientoAutorizo a GNP a tratar mis datos personales, aun los sensibles, para los fines señalados en el presente aviso de privacidad y en caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, me obligo a informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el aviso.</p>																									
Lugar y Fecha																									
Firma o sello del Contratante															Firma del Asegurado (En caso de ser menor de edad,tambien deberá de firmar el Padre o Tutor)										