

Solicitud de cambios (H-107)

Favor de ser llenada con letra de molde

No. de póliza		Fecha		
		día	mes	año
Datos del Contratante persona física				
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)
				Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
R.F.C.		CURP*		País de nacimiento
letras		año	mes	día homoclave
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*		Correo electrónico		Nacionalidad (es)
Relación o parentesco con el Asegurado		Profesión u ocupación		Actividad o giro del negocio donde trabaja
¿El Solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal, o Federal en los últimos cuatro años? Definir cargo y Dependencia:				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Contratante (en caso de existir como persona moral)				
Razón social		Giro mercantil, actividad u objeto social		Correo electrónico o página de Internet
R.F.C.		Código de cliente (si cuenta con él)		Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*
letras		año	mes	día homoclave
Domicilio del contratante (persona física o moral)				
Calle		No. exterior	No. interior	Colonia
				C. P.
Delegación o Municipio		Ciudad o Población	Entidad Federativa	País
				Clave Lada
				Teléfono

Nombre del representante legal				
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)
				Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*

Datos del Asegurado en caso de ser distinto al contratante				
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		R.F.C.
				letras
				año
				mes
				día homoclave

I. Movimientos financieros				
Retiros del fondo de inversión		Retiros del fondo de inversión para pagos de prima		<input type="checkbox"/> Rescate
<input type="checkbox"/> Parcial \$ _____	<input type="checkbox"/> Fondo de Protección \$ _____	<input type="checkbox"/> De Vida Póliza No. _____	<input type="checkbox"/> De otros ramos Póliza No. _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Fondo del Plan Personal de Retiro \$ _____	<input type="checkbox"/> Fondo de la Cuenta Especial de Ahorro \$ _____			<input type="checkbox"/> Préstamo
				A cuenta por \$ _____
				<input type="checkbox"/> Máximo
Si aplica de acuerdo a políticas de egresos, para transferencias bancarias indique:				
CLABE bancaria		Sucursal	Plaza	Nombre del banco

Inclusión de Objetivos de Ahorro Capitaliza		Nombre	Prima de Ahorro (Según forma de pago)	Plazo de Pago	Opciones de liquidación			
Obj 2	Obj 3		Obj 2	Obj 3	Pago único	Fideicomiso	Plan de rentas	
Objetivo de Ahorro 2	Objetivo de Ahorro 3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
· Vida Activa 2025 _____ %	· Deuda Corto Plazo _____ %	· Deuda Corto Plazo _____ %	· Deuda Corto Plazo _____ %	· Deuda Corto Plazo _____ %	Obj 2 _____ %	Obj 3 _____ %	Obj 3 _____ %	
· Vida Activa 2030 _____ %	· Deuda Largo Plazo _____ %	· Deuda Largo Plazo _____ %	· Deuda Largo Plazo _____ %	· Deuda Largo Plazo _____ %	Obj 2 _____ %	Obj 3 _____ %	Obj 3 _____ %	
· Vida Activa 2035 _____ %	· UDIS Mediano Plazo _____ %	· UDIS Mediano Plazo _____ %	· UDIS Mediano Plazo _____ %	· UDIS Mediano Plazo _____ %	Obj 2 _____ %	Obj 3 _____ %	Obj 3 _____ %	
· Vida Activa 2040 _____ %	· UDIS Largo Plazo _____ %	· UDIS Largo Plazo _____ %	· UDIS Largo Plazo _____ %	· UDIS Largo Plazo _____ %	Obj 2 _____ %	Obj 3 _____ %	Obj 3 _____ %	
· Vida Activa 2045 _____ %					Obj 2 _____ %	Obj 3 _____ %	Obj 3 _____ %	
De no especificarse alguna distribución para determinar la estrategia de Rendimiento, las primas se administrarán en la Cuenta Eje.							Total 100%	

II. Beneficiarios				
Nota importante: El Asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre. La designación de beneficiarios otorga el derecho de los beneficios del seguro, por lo que no son recomendables las designaciones para que una persona cobre la Suma Asegurada y la entregue a otros.				
Advertencia: En caso que 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 instrumento adecuado para tales designaciones.				
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 nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá 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.				

Cambio de beneficiarios				
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Parentesco	Suma Asegurada
1				%
				día mes año
2				%
				día mes año
3				%
				día mes año

En caso de requerir información contáctenos al: 52279000 para el Distrito Federal, 1 01 800 400 9000 lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx

* Si cuenta con ella

47 03 03

Cambio de beneficiarios

Domicilio de los Beneficiarios: Calle, Número exterior, Número interior, Colonia, Código Postal, Municipio o Delegación, Ciudad o Población, Entidad Federativa y País (Sólo en caso de ser distinto al domicilio del Solicitante).

1
2
3

Nota: Para cambio en esta sección, para las pólizas de Vida Inversión, será necesario nuevo convenio de servicios electrónicos, nuevo registro a Internet y cambio de cuenta de cheques a nombre del Contratante o Asegurado de la póliza

III. Cambio de Contratante persona física Alta Baja Cambio

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Código de cliente (si cuenta con él)	
R.F.C. letras año mes día homoclave		CURP*		País de nacimiento					
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*				Correo electrónico				Nacionalidad (es)	
Relación o parentesco con el Asegurado			Profesión u ocupación			Actividad o giro del negocio donde trabaja			
¿El Solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal, o Federal en los últimos cuatro años? Definir cargo y Dependencia:								Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Domicilio

Calle		No. exterior	No. interior	Colonia	C. P.
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Entidad Federativa	País	Clave Lada	Teléfono

Cambio de Contratante (en caso de ser persona moral) Alta Baja Cambio

Razón o denominación social		Giro mercantil, actividad u objeto social		Correo o página de Internet	
R.F.C. letras año mes día homoclave		Código de cliente (si cuenta con él)		Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*	

Domicilio

Calle		No. exterior	No. interior	Colonia	C. P.
Municipio o delegación	Ciudad o población	Entidad Federativa	País	Clave Lada	Teléfono

Nombre del representante legal

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*	
------------------	--	------------------	--	-----------	--	---	--

IV. Otros Cambios

Comprobación de edad (es necesario presentar documento oficial que lo avale)

Corregir nombre del Asegurado. El nombre es: _____

Reconsideración de extraprima

Otros cambios: _____

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:		<input type="checkbox"/> En efectivo _____		Banco	
\$		<input type="checkbox"/> Cheque número _____			
Ingresado en oficina		Folio		Fecha día mes año	

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:

Sí 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.

Para proceder a la entrega de la Póliza, la Compañía debe contar con la documentación cotejada conforme a disposiciones de PLD (Prevención de Lavado de Dinero).

_____ Nombre y firma del Asegurado 1	_____ Nombre y firma del Asegurado 2
_____ Nombre y firma del Contratante 1	_____ Nombre y firma del nuevo Contratante

Datos del Agente

Clave	Zona	Nombre completo	Firma
-------	------	-----------------	-------

Módulo de atención e información a asegurados. Asesorías y aclaraciones 5227 3503