

Solicitud de movimientos (H-107)

Vida Individual
 Documento para uso exclusivo de la Institución

	No. de póliza	Fecha
		día mes año

Favor de ser llenada con letra molde.

Datos del Contratante persona física								
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Sexo <input type="checkbox"/> F al nacer <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento día mes año	Código de cliente (si cuenta con el)
R.F.C. letras año mes día homoclave		CURP		País y Estado de nacimiento				
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*		No. de identificación fiscal y País emisor (solo extranjeros)		Régimen Fiscal		Nacionalidad(es)		
Relación o parentesco con el Asegurado		Ocupación actual		Giro del negocio donde trabaja		Correo electrónico		
¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en los últimos cuatro años? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Definir cargo y dependencia:								

Contratante (en caso de existir como persona moral)								
Razón o denominación social		Régimen de Capital		Giro mercantil, actividad u objeto social		Correo electrónico o página de Internet		
R.F.C. letras año mes día homoclave		Código de cliente (si cuenta con el)		Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*				
Fecha de constitución día mes año		Folio mercantil		No. de identificación fiscal y País emisor (solo extranjeros)		Régimen Fiscal		Nacionalidad(es)

Nombre del Representante Legal		
Apellido paterno		Apellido materno
Nombre(s)		

Persona física que posea o controle, directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior al 25% del capital o de los derechos de voto, o en su defecto, el administrador único o director

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Fecha de nacimiento día mes año	% de acciones
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Fecha de nacimiento día mes año	% de acciones

Domicilio Particular del Contratante (persona física o moral)						
Calle			No. exterior	No. interior	Colonia	C.P.
Municipio o Alcaldía	Ciudad o Población		Entidad Federativa		País	Lada Teléfono

Domicilio Fiscal del Contratante (persona física o moral)						
Calle			No. exterior	No. interior	Colonia	C.P.
Municipio o Alcaldía	Ciudad o Población		Entidad Federativa		País	Lada Teléfono

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 <input type="checkbox"/> F al nacer <input type="checkbox"/> M	R.F.C. letras año mes día homoclave			

I. Movimientos financieros			
Retiros del fondo de inversión <input type="checkbox"/> Parcial \$ _____ <input type="checkbox"/> Fondo de Protección \$ _____ <input type="checkbox"/> Fondo del Plan Personal de Retiro \$ _____ <input type="checkbox"/> Fondo de la Cuenta Especial de Ahorro \$ _____		Retiros del fondo de inversión para el pago de primas <input type="checkbox"/> De Vida Póliza No. _____ <input type="checkbox"/> De otros ramos Póliza No. _____	
		<input type="checkbox"/> Rescate \$ _____ <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			
						Pago único	Fideicomiso	Plan de rentas	
• Objetivo de Ahorro 2 _____		_____		_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Objetivo de Ahorro 3 _____		_____		_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obj 2	Obj 3	Obj 2	Obj 3	Obj 2	Obj 3	Obj 2	Obj 3		
• Vida Activa 2025 _____ %	_____ %	• Deuda Corto Plazo _____ %	_____ %	• Dólares Corto Plazo _____ %	_____ %				
• Vida Activa 2030 _____ %	_____ %	• Deuda Largo Plazo _____ %	_____ %	• Dólares Largo Plazo _____ %	_____ %				
• Vida Activa 2035 _____ %	_____ %	• UDIS Mediano Plazo _____ %	_____ %	• Bolsa MX _____ %	_____ %				
• Vida Activa 2040 _____ %	_____ %	• UDIS Largo Plazo _____ %	_____ %	• Bolsa USD _____ %	_____ %				
• Vida Activa 2045 _____ %	_____ %								
Total 100%									

De no especificarse alguna distribución para determinar la estrategia de Rendimiento, las primas se administrarán en la Cuenta Eje.

* Si cuenta con ella.

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	Fecha de nacimiento
1				%	día mes año
2				%	día mes año
3				%	día mes año

Domicilio de los Beneficiarios: Calle, Número exterior, Número interior, Colonia, Código Postal, Municipio o Alcaldía, Ciudad o Población, Entidad Federativa y País (solo 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 <input type="checkbox"/> F al nacer <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento día mes año	Código de cliente (si cuenta con el)
R.F.C. letras año mes día homoclave		CURP	País y Estado de nacimiento		
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*		No. de identificación fiscal y País emisor (solo extranjeros)	Régimen Fiscal	Nacionalidad(es)	
Relación o parentesco con el Asegurado		Ocupación actual	Giro del negocio donde trabaja	Correo electrónico	
¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en los últimos cuatro años? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Definir cargo y dependencia:					

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

Razón o denominación social	Régimen de Capital	Giro mercantil, actividad u objeto social	Correo electrónico o página de Internet
R.F.C. letras año mes día homoclave		Código de cliente (si cuenta con el)	Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*
Fecha de constitución día mes año	Folio mercantil	No. de identificación fiscal y País emisor (solo extranjeros)	Régimen Fiscal
		Nacionalidad(es)	

Nombre del Representante Legal

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

Persona física que posea o controle, directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior al 25% del capital o de los derechos de voto, o en su defecto, el administrador único o director

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento día mes año	% de acciones
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento día mes año	% de acciones

Domicilio Particular del Contratante (persona física o moral)

Calle	No. exterior	No. interior	Colonia	C.P.
Municipio o Alcaldía	Entidad Federativa	País	Lada	Teléfono

Domicilio Fiscal del Contratante (persona física o moral)

Calle	No. exterior	No. interior	Colonia	C.P.
Municipio o Alcaldía	Entidad Federativa	País	Lada	Teléfono

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:

* Si cuenta con ella.

En caso de requerir información contáctenos al (55) 5227 9000 o visite gnp.com.mx

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 _____ <input type="checkbox"/> Cheque número _____	Banco _____	
Ingresado en oficina	Folio _____	Fecha día mes año	
Datos Personales y Consentimiento			
<p>Reconozco que previo a proporcionar los datos personales, incluyendo los del (los) menor(es) de edad de los cuales ostento la patria potestad y/o debida representación legal o tutela en caso de aplicar, se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (en lo sucesivo GNP), el cual he leído y comprendido, por lo que tengo conocimiento de (i) la identidad y domicilio de GNP; (ii) los datos personales que serán sujetos a tratamiento; (iii) las finalidades primarias y secundarias del tratamiento, así como las transferencias que van a efectuarse; (iv) los medios habilitados para limitar el uso o divulgación de mis datos personales y/o revocar mi consentimiento, así como para ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Asimismo manifiesto tener conocimiento que puedo consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página www.gnp.com.mx. Por lo anterior, en mi carácter de titular, y/o padre o tutor del (los) menor (menores) de edad de los cuales ostento la patria potestad y/o debida representación legal o tutela en caso de aplicar, una vez que he sido informado sobre el tratamiento al que serán sujetos los datos personales, otorgo consentimiento expreso y por escrito para que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. los trate en términos de lo señalado en el referido Aviso de Privacidad. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, incluyendo los del (los) menor(es) de edad, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento, y/o de quien(es) ostente(n) la patria potestad y/o debida representación legal o tutela en caso de aplicar; así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta. Entiendo que el consentimiento para el tratamiento de los datos personales no será necesario cuando la finalidad del tratamiento sea cumplir obligaciones derivadas del contrato de seguro.</p>			
<p>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).</p>			
_____ 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 (55) 5227 9000.			