

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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
R.F.C.		letras		año	mes	día
homoclave*		CURP*		Estado de nacimiento (Obligatorio Vida Inversión)		
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*				Correo electrónico (Obligatorio Vida Inversión)		
Nacionalidad		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:		
<input type="checkbox"/> Sí				<input type="checkbox"/> No		
Contratante (en caso de existir como persona moral)						
Razón 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 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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		R.F.C.		
letras		año	mes	día	homoclave*	
I. Rehabilitaciones Para este trámite deberán anexarse los formatos correspondientes, según sea el caso: Cuestionario de rehabilitación o Solicitud para agregar beneficios						
<input type="checkbox"/> Rehabilitación sin cambios				<input type="checkbox"/> Rehabilitación con cambios		
<input type="checkbox"/> Rehabilitación con inclusión de beneficios				Nuevo plan _____		
Para este trámite deberán anexarse los formatos correspondientes, según sea el caso: Cuestionario de rehabilitación y Solicitud para agregar beneficios adicionales.						
II. Cambios de Plan						
Nuevo plan		Plazo		Si aplica cobertura <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II		
III. Movimientos financieros						
Retiros de inversión						
<input type="checkbox"/> Parcial \$ _____		<input type="checkbox"/> Fondo de Protección \$ _____		<input type="checkbox"/> Total \$ _____		
<input type="checkbox"/> Fondo del Plan Personal de Retiro \$ _____						
Si aplica de acuerdo a políticas de egresos, para transferencias bancarias indique:						
CLABE bancaria		Sucursal		Plaza		Nombre del banco
Retiros para pagos de prima		<input type="checkbox"/> Rescates		Préstamos		
<input type="checkbox"/> De Vida Póliza No. _____				<input type="checkbox"/> A cuenta por \$ _____		
<input type="checkbox"/> De otros ramos Póliza No. _____				<input type="checkbox"/> Máximo		
IV. Inclusión / exclusión de beneficios adicionales						
<input type="checkbox"/> Incluir beneficios adicionales (requisitar solicitud para agregar beneficios y cláusulas adicionales)				<input type="checkbox"/> Excluir beneficios adicionales		
Beneficio(s) _____		Beneficio(s) _____				
V. 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.						

* si cuenta con ella

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 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					
VI. Contratante persona física <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Cambio					
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
R.F.C.		letras año mes día homoclave*		CURP*	Estado de nacimiento (Obligatorio Vida Inversión)
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*				Correo electrónico (Obligatorio Vida Inversión)	
Nacionalidad		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:	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Domicilio					
Calle		No. exterior	No. interior	Colonia	C. P.
Delegación o Municipio		Ciudad o Población	Entidad Federativa	País	Clave Lada Teléfono
Contratante (en caso de existir como persona moral) <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> 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*
VII. Otros Cambios					
<input type="checkbox"/> Comprobación de edad (es necesario presentar documento oficial que lo avale)					
<input type="checkbox"/> Corregir nombre del Asegurado. El nombre es: _____					
<input type="checkbox"/> 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:					
<input type="checkbox"/> Sí Consiento dicho tratamiento <input type="checkbox"/> 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 Contratante 2		
Datos del Agente					
Clave	Zona	Nombre completo			Firma
Módulo de atención e información a asegurados. Asesorías y aclaraciones 5227 3503					