Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Cerro de las Torres No. 395 Col. Campestre Churubusco C.P. 04200, CDMX.R.F.C. GNP9211244P0

(Formato para solicitar movimientos de su Póliza de seguro)

Este documento deberá ser llenado con información correcta, y **firmado por el Contratante o Asegurado** según aplique.
No será válido con tachaduras y/o enmendaduras.

Fecha actual (dd/mm/aa)
/ /

I.INFORMACIÓN GENERAL

Número de orden de trabajo	Número de Póliza	Lugar de trabajo (Dependencia)

Nombre del Contratante o Asegurado	RFC con homoclave

II.TRÁMITE

Seleccione el trámite solicitado

VIDA

- ◯ Retiro de ahorro
- ◯ Retiro parcial de protección
- ◯ Cambio y/o corrección de beneficiarios*
- ◯ Endoso cesión de comisión
- ◯ Rehabilitación o reactivación de Póliza
- ◯ Eliminación o reducción de tiempos de espera
- ◯ Otro (Especificar)

AUTO

- ◯ Modificación de tarjeta bancaria
- ◯ Modificación de beneficiario prefrente
- ◯ Modificación de conductor habitual
- ◯ Modificación de periodicidad de pago
- ◯ Adaptación de equipo especial
- ◯ Devolución de primas no devengadas por perdida total
- ◯ Otro (Especificar)

TODOS LOS RAMOS

- ◯ Cancelación de Póliza
- ◯ Devolución de primas por cobro no reconocido
- ◯ Cambio de datos generales del contratante
- ◯ Reenvio de orden de pago
- ◯ Reactivación de orden de pago
- ◯ Modificación de conducto de cobro descuento por nomina a bancario
- ◯ Actualización de tarjeta
- ◯ Modificación de beneficiario preferente
- ◯ Aclaración de cobranza

En caso de existir una modificación en la Póliza ingresa en los siguientes recuadros la leyenda:

Dice:	Debe decir:

***En caso de cambio de beneficiarios, completar lo siguiente:**

Nombre completo	Porcentaje	Parentesco	Fecha de nacimiento	Domicilio (Solo en caso que sea diferente al del Contratante)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9				
10.				

Nombre y firma del Titular o Contratante

Nombre y firma del Asegurado

Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Cerro de las Torres No. 395 Col. Campestre Churubusco C.P. 04200, CDMX.R.F.C. GNP9211244P0

III.ALTA DE CUENTAS BANCARIAS (EN CASO DE QUE PROCEDA UNA DEVOLUCIÓN)

Seleccione una de las siguientes opciones de pago y registre la información solicitada en la sección correspondiente

Opción 1 (Recomendada)

Se realiza el pago a una cuenta CLABE de 18 dígitos que aparece impreso en el estado de cuenta o que es proporcionada por la sucursal del banco.

◯ Cuenta CLABE

Datos de contacto

Telefono: _____

Correo electronico: _____

Opción 2

◯ Orden de pago

Para hacer efectivo el cobro de devolución, debe acudir a la institución bancaria que corresponda con una identificación oficial (INE, pasaporte vigente o cédula profesional) y las claves proporcionadas por GNP, a través de los siguientes medios:

Telefono Movil:

Correo electronico: _____

En caso de cancelación, devolucion, retiro de ahorro o retiro parcial de protección se debe incluir adicional a este formato:

Persona fisica.

Identificación oficial del Contratante, legible y por ambos lados.
En caso de que el Asegurado sea distinto al Contratante, tambien incluir idenfiticación oficial.
Copia del estado de cuenta bancario donde se pueda identificar el nombre del Titular y número de cuenta correspondiente en el que se acredite la titularidad de la cuenta a la que va a realizarse la transferencia

IV.SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN Y FINIQUITO

Por el conducto indicado anteriormente solicito y autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. para que la devolución de prima que proceda a mi favor, me sea cubierto, de acuerdo a los datos proporcionados.
Al efectuarse la devolución de acuerdo a la forma seleccionada, por el monto que proceda, reconozco que se ha efectuado y otorgo a favor de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., el más amplio finiquito que en derecho proceda por dicha devolución.
Asimismo, estoy de acuerdo y autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., a retirar de la cuenta bancaria que proporciono en este formato, cualquier cantidad transferida en exceso a mi cuenta.

Consentimiento:
Grupo Nacional Provincial, S.A.B., con domicilio en Avenida Cerro de las Torres No. 395, Colonia Campestre Churubusco, Código Postal 04200, Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México, tratará sus datos personales de identificación, patrimoniales y sensibles para brindarle los servicios relacionados con su contrato de seguro. Puede consultar la versión integral del Aviso de Privacidad en gnp.com.mx o en el teléfono 55 5227-9000 a nivel nacional.

Datos personales:
Reconozco que se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial S. A. B. (en adelante GNP), mismo que contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles y acepto su tratamiento por parte de GNP. Asimismo se me informó que puedo consultar dicho aviso y sus actualizaciones en cualquier momento en la página gnp.com.mx o en el teléfono 55 5227-9000 a nivel nacional. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento, así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad para su consulta.

_____

Nombre y firma del Titular de la cuenta bancaria