

Solicitud de movimientos a la póliza (H-107)

Fecha			Para uso exclusivo de GNP	
día	mes	año	Orden de trabajo	Elaboró
22	06	2017		

No. de póliza original 155877020	No de cobranza (si cuenta con él)	Clave del agente 843591001	Contrato 37409	Folio	D.A. 332
Favor de aplicar los cambios en <input checked="" type="checkbox"/> Póliza actual <input type="checkbox"/>		Renovación <input type="checkbox"/>		Rehabilitación	

I. Datos generales (*datos necesarios para la emisión de constancias y facturas)

Cambio de <input type="checkbox"/> Asegurado titular <input type="checkbox"/> Contratante	Apellido paterno		Apellido materno	Nombre(s) o razón social*	Firma de consentimiento
Actual	Apellido paterno		Apellido materno	Nombre(s) o razón social*	Código cliente (si cuenta con él)
Nuevo	R.F.C.* letras año mes día homoclave*		CURP (si cuenta con ella)*		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)		No. del Serie del Certificado Digital de la FIEL (sólo si el cliente cuenta con él)		Folio mercantil (para Persona Moral)	
Estado civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	Ocupación actual	Actividad o giro del negocio donde trabaja		Correo electrónico (si cuenta con él)	
¿El solicitante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal, federal o municipal en los últimos cuatro años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Definir cargo:					

Domicilio (Fiscal)*

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

Nombre del representante legal (en caso de ser persona moral)

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

Domicilio distinto Si alguno de los Asegurados no vive en el mismo domicilio del titular, favor de indicar el nombre, la población y código postal que corresponda

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Población	C.P.

Nota: Un cambio de residencia de Asegurados puede implicar un cambio de tarifa.

Modificación datos generales Asegurados

Actual(es)

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha de antigüedad
			día mes año	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	día mes año
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

Nuevos(s)

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha de antigüedad
			día mes año	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	día mes año
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

Nota: Para la corrección de nombre, clave de sexo y fecha de nacimiento es necesario presentar copia del acta de nacimiento e identificación oficial con los datos.

II. Cancelación de póliza, alta y/o baja de Asegurados

<input type="checkbox"/> Cancelación de póliza	Causa				
<input type="checkbox"/> Alta / baja de uno o más Asegurados					
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento	Alta	Baja
			día mes año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: En caso de recién nacido, cumpliendo con políticas de aceptación, anexar copia del acta de nacimiento o constancia de alumbramiento. Cualquier otro tipo de alta, favor de anexar Solicitud de Seguro.

402001h107v2_0214

III. Cambios de plan y cobertura

Plan	Suma Asegurada	Deducible	Único <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>	Coaseguro	Círculo Médico
------	----------------	-----------	---	-----------	----------------

(aplica para Premium, Platino y Flexibles)

Nota: Es importante tener en cuenta las políticas de cambio de plan para evaluar la necesidad de anexar Solicitud de Seguro. En caso de solicitar un cambio de plan, considere que si existen reclamaciones abiertas, el pago de las mismas se realizará de acuerdo a las condiciones de cobertura básica, Suma Asegurada y tabulador médico, que resulte menor de entre el nuevo plan y el anterior, y el deducible; y coaseguro que resulte mayor entre el nuevo plan y el anterior.

Alta o baja de coberturas opcionales (aplica para todos los integrantes de la póliza)

Altas	Bajas
-------	-------

En caso de solicitar Respaldo Hospitalario indique indemnización diaria por hospitalización \$

Nota: Es importante tener en cuenta las cláusulas disponibles y las políticas para cada plan. Para incluir Respaldo por Fallecimiento y/o Respaldo Hospitalario es necesario anexar la solicitud correspondiente.

Declaración o cambio de beneficiarios para el producto de Línea Azul Certeza y las coberturas de Respaldo por Fallecimiento (RF) y/o Respaldo Hospitalario (RH)

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.

Solicitante	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios	Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento	Cobertura
			%	día mes año	RF RH
Calle			No. exterior	No. interior	
Colonia			C.P.		
Municipio o delegación	Ciudad o población	Entidad federativa	País	Clave Lada	Teléfono

Solicitante	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios	Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento	Cobertura
			%	día mes año	RF RH
Calle			No. exterior	No. interior	
Colonia			C.P.		
Municipio o delegación	Ciudad o población	Entidad federativa	País	Clave Lada	Teléfono

Solicitante	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios	Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento	Cobertura
			%	día mes año	RF RH
Calle			No. exterior	No. interior	
Colonia			C.P.		
Municipio o delegación	Ciudad o población	Entidad federativa	País	Clave Lada	Teléfono

IV. Cobranza (Forma de pago solicitada)

Forma de pago	Vínculo Mundial (vigencias menores de un año)	Conducto de pago
<input type="checkbox"/> Mensual* <input checked="" type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Mensual* <input type="checkbox"/> Único	<input type="checkbox"/> Cargo a tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> Domiciliación
*Sólo con cargos automáticos	*Sólo con cargos automáticos	<input checked="" type="checkbox"/> Agente

En caso de haber elegido Domiciliación o Cargo a tarjeta de crédito como conducto de pago, llenar los siguientes datos del contratante.

Domiciliación

CLABE Tarjeta de débito Fecha de vencimiento mes año

Cargo a tarjeta de crédito

Banco Tarjeta No. ID Fecha de vencimiento mes año

Banco Tarjeta opcional No. ID Fecha de vencimiento mes año

Solicito y autorizo a la institución financiera o bancaria que corresponda, para que realice a mi nombre el pago por los conceptos, periodicidad y montos que se detallan, con cargo a mi tarjeta de débito o crédito, o a mi cuenta bancaria identificada por la CLABE que se cita, a favor de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP), liberando al banco de cualquier responsabilidad.

La documentación contractual y la nota técnica que integra este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el(los) registro(s) número de fecha

V. Otros movimientos									
Reporte de viaje al extranjero (estancias mayores a 3 meses)									
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de inicio de viaje			Fecha de fin de viaje			Destino
			día	mes	año	día	mes	año	

Modificación en riesgo ocupacional o deportivo			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	<input type="checkbox"/> Ocupacional <input type="checkbox"/> Deportivo
Si es deportivo indicar Frecuencia		<input type="checkbox"/> No profesional	Descripción
No. de veces	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Profesional	
Si es ocupacional indicar Empresa		Giro del Negocio	Indique puesto y en qué consisten las labores

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	<input type="checkbox"/> Ocupacional <input type="checkbox"/> Deportivo
Si es deportivo indicar Frecuencia		<input type="checkbox"/> No profesional	Descripción
No. de veces	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Profesional	
Si es ocupacional indicar Empresa		Giro del Negocio	Indique puesto y en qué consisten las labores

Nota: En caso de ser deporte, especifique frecuencia de la práctica y si lo hace de manera profesional o no profesional. En caso de ser ocupación, indicar empresa y giro del negocio y claramente las labores que desarrolla. Especificar si usa maquinaria o armas de fuego o si está en contacto con solventes. Para aviación particular y buceo anexas cuestionario.

Rehabilitación con cambios (póliza al descubierto por un plazo mayor a 45 días)		
<input type="checkbox"/> De 46 a 60 días	<input type="checkbox"/> De 61 a 90 días (anexas Declaración de salud)	<input type="checkbox"/> De 91 a 120 días (anexas Solicitud de Seguro)

Otros cambios

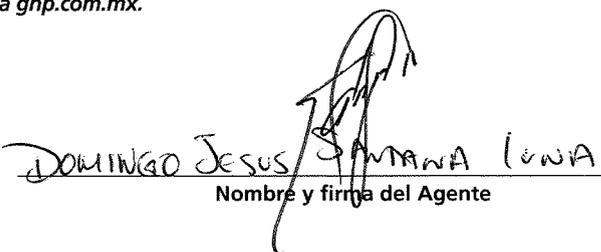
TARIFA DE CAMBIO FORMA DE PAGO A TRIMESTRAL POR AGENTE

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:

Si 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.

El Solicitante Titular y/o Contratante manifiesta que le fue explicado el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que se refiere a las Coberturas, Exclusiones, Cláusulas Generales y/o Particulares las cuales conoce, entiende y acepta como parte integrante del Contrato a que se refiere esta Solicitud en términos del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Asimismo, tiene conocimiento de que las Condiciones Generales del Plan a contratar, también se encuentran en la página gnp.com.mx.

 <hr/> Nombre y firma del Contratante o Asegurado titular (Nuevo en caso de haber solicitado cambio de éste)	 <hr/> Nombre y firma del Agente
--	--

Nota: Es indispensable contar con ambas rúbricas y no se aceptará el formato con firmas "por ausencia" o "por poder". Anexar copia de identificación oficial con firma. Si fuera necesario anexar algún documento adicional, éste deberá ir firmado.

