

**Solicitud de cambios (H-107)**

Favor de ser llenada con letra de molde

**Datos del Contratante persona física**

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"/>	

**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. 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)		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		R.F.C. letras año mes día homoclave			
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*											

**I. Movimientos financieros**

<b>Retiros del fondo de inversión</b> <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 \$ _____		<b>Retiros del fondo de inversión para pagos de prima</b> <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**

Objetivo de Ahorro	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	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Objetivo de Ahorro 3	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· 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 USA	_____ %	_____ %	_____ %
· Vida Activa 2045	_____ %	_____ %							

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

En caso de requerir información contáctenos al 5227 9000 para la Ciudad de México y al 01 (55) 5227 9000 para el interior de la República o visite gnp.com.mx

\* Si cuenta con ella

<b>Cambio de beneficiarios</b>	
Domicilio de los Beneficiarios: Calle, Número exterior, Número interior, Colonia, Código Postal, Municipio o Delegación, Ciudad o Población, Entidad Federativa y País (Solo en caso de ser distinto al domicilio del Solicitante).	
1	
2	
3	
<b>Nota:</b> 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	

<b>III. Cambio de Contratante persona física</b>		<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Cambio
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
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"/>

<b>Domicilio</b>				
Calle	No. exterior	No. interior	Colonia	C. P.
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Entidad Federativa	País	Clave Lada
				Teléfono

<b>Cambio de Contratante (en caso de ser persona moral)</b>		<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*		

<b>Domicilio</b>				
Calle	No. exterior	No. interior	Colonia	C. P.
Municipio o delegación	Ciudad o población	Entidad Federativa	País	Clave Lada
				Teléfono

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

<b>IV. Otros Cambios</b>	
<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: _____	
_____	
_____	

<b>Favor de indicar la información que se anexa a esta solicitud para llevar a cabo el trámite</b>				
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

<b>Datos Personales y Consentimiento:</b>	
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 <a href="http://www.gnp.com.mx">www.gnp.com.mx</a> . 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 nuevo Contratante

<b>Datos del Agente</b>			
Clave	Zona	Nombre completo	Firma

**Módulo de atención e información a asegurados. Asesorías y aclaraciones 5227 9000**