

Registro de Carácter General

Consentimiento de Seguro de Vida Grupo

Llene con letra molde

Número de Póliza	Número de Certificado

I. Datos del contratante

Nombre del Contratante

II. Datos del Asegurado

Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Solo en caso de tenerlo letras año mes día homoclave				Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Concubinato <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo
RFC					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre			
Fecha de nacimiento día mes año	Fecha de ingreso al Grupo asegurado día mes año	Puesto u Ocupación (detallar)			

Llenar el anexo de acuerdo con el producto contratado.

Anexo 1. Temporal

I. Suma asegurada

Suma Asegurada o regla para determinar la Suma Asegurada

La forma de pago de la Suma Asegurada de esta Póliza será Pago Único, designo como beneficiario a:

II. Beneficiario

Nombre Completo	Parentesco	Porcentaje de Suma Asegurada	Irrevocable
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Beneficiario Contingente

Nombre Completo	Parentesco	Porcentaje de Suma Asegurada	Irrevocable
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Anexo 2. Escolar

I. Nombre Completo del Cónyuge (solo en caso de haberse contratado la cobertura Adicional por Fallecimiento del Cónyuge del Asegurado (MAN))

		Solo en caso de tenerlo						
		letras	año	mes	día	homoclave		
Suma Asegurada o regla para determinar la Suma Asegurada		RFC						

II. Beneficiario Preferente

La Institución Educativa que aparece en la póliza mediante pago único.

Beneficiario para la cobertura adicional de Apoyo Escolar (solo en caso de haberse contratado la cobertura correspondiente)

Nombre Completo	Parentesco	Porcentaje de Suma Asegurada	Irrevocable	
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Beneficiario Contingente (solo en caso de haberse contratado la cobertura de Apoyo Escolar)

Nombre Completo	Parentesco	Porcentaje de Suma Asegurada	Irrevocable	
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Anexo 3. Deudor

I. Suma Asegurada

Suma Asegurada o regla para determinar la Suma Asegurada

II. Datos del coacreditado (solo en caso de haberse contratado la Cobertura Adicional Mancomunada (MANC))

Nombre del coacreditado		Solo en caso de tenerlo						
		letras	año	mes	día	homoclave		
		RFC						

III. Beneficiario

El beneficiario irrevocable de esta Póliza será el Contratante, hasta por el saldo insoluto del crédito concedido que se tenga en el momento del siniestro. En caso de existir remanente en la suma asegurada, designo como beneficiario a:

Nombre Completo	Parentesco	Porcentaje de Suma Asegurada	Irrevocable	
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Beneficiario Contingente

Nombre Completo	Parentesco	Porcentaje de Suma Asegurada	Irrevocable	
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Advertencia: En el caso de que se 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 el 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 tendría 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.

Doy mi consentimiento para formar parte del Seguro de Vida solicitado a GNP por el Grupo al que pertenezco y expresamente declaro que todo lo anteriormente expuesto es verídico y que gozo de buena salud y en este acto autorizo a los médicos y hospitales que me hayan asistido para que proporcionen a GNP todos los informes que se refieren a mi salud.

El Asegurado manifiesta que le fue explicado el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que se refiere sus derechos básicos, a las Coberturas, Exclusiones, Indisputabilidad, Cláusulas Generales y/o Particulares las cuales conoce, entiende y acepta como parte integrante del Contrato a que se refiere este documento del Seguro de Vida en términos del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro (Precepto legal disponible en www.gnp.com.mx). Asimismo, tiene conocimiento de que las Condiciones Generales del Contrato de Seguro también se encuentran en la página www.gnp.com.mx o puede solicitarlas al Contratante.

Las exclusiones y limitantes de este producto pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del mismo, disponibles en la página www.gnp.com.mx dentro de la sección de Vida Grupo o bien, llamando al 55 5227 9000 a nivel nacional.

Los Certificados Individuales de todos y cada uno de los Asegurados, así como las Condiciones Generales de su Póliza serán entregados por GNP al Contratante, quien a su vez se obliga a hacer llegar los citados documentos a cada Asegurado.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con su seguro, le sugerimos ponerse en contacto con la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. ubicada en Avenida Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco, Alcaldía Coyoacán, C.P.04200, comunicarse al 55 5227 9000 a nivel nacional, o bien al correo electrónico: unidad.especializada@gnp.com.mx o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Insurgentes Sur No. 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, comuníquese a los teléfonos 55 5340 0999 a nivel nacional, o al correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx. Para conocer el domicilio de la oficina más cercana a su ubicación, los horarios de atención y el tipo de operaciones que podrá realizar en cada una de ellas consulte la página de internet gnp.com.mx o llame al 55 5227 9000 a nivel nacional.

Datos Personales: Reconozco que previo a proporcionar mis datos personales incluyendo los del (los) menor(es) de edad de los cuales ostentó 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 gnp.com.mx. Por lo anterior, y 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, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento o de quien(es) ostente(n) la patria potestad y/o debida representación legal o tutela, 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 de la relación jurídica que en su caso se establezca.

El presente documento no tiene validez sin la firma del Asegurado.

Firma del Asegurado (En caso de ser menor de edad deberá de firmar el Padre o Tutor)

Grupo Nacional Provincial S.A.B.

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día de 19 de Noviembre del 2024, con el número CGEN-S0043-0074-2024 /CONDUSEF-G-01671-001"