

Solicitud de movimientos a la póliza (H-107)

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

No. de póliza original	No de cobranza (si cuenta con él)	Clave del agente CUA Contrato	Folio	D.A.
------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	-------	------

Favor de aplicar los cambios en Póliza actual Renovación Rehabilitación

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

Cambio de Asegurado titular Contratante

Actual	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s) o razón social*	Firma de consentimiento
---------------	------------------	------------------	---------------------------	-------------------------

Nuevo	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s) o razón social*	Código cliente (si cuenta con él)
--------------	------------------	------------------	---------------------------	-----------------------------------

R.F.C.* letras año mes día homoclave* CURP (si cuenta con ella)* Sexo F M País de nacimiento

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 S C 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? Sí 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

Cancelación de póliza Causa

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.

III. Cambios de plan y cobertura					
Plan	Suma Asegurada	Deducible <small>(aplica para Premium, Platino y Flexibles)</small>	Único <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>	Coaseguro	Círculo Médico
<p>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.</p>					
<p>Alta o baja de coberturas opcionales (aplica para todos los integrantes de la póliza)</p>					
Altas			Bajas		
En caso de solicitar Respaldo Hospitalario indique indemnización diaria por hospitalización \$					
<p>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.</p>					
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)					
<p>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.</p>			<p>albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como instrumento adecuado para tales designaciones.</p>		
<p>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,</p>			<p>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.</p>		
Solicitante	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios		Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de nacimiento
				%	día mes año
					RF RH <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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
				%	día mes año
					RF RH <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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
				%	día mes año
					RF RH <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Mensual* <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <small>*Sólo con cargos automáticos</small>		Vínculo Mundial (vigencias menores de un año) <input type="checkbox"/> Mensual* <input type="checkbox"/> Único <small>*Sólo con cargos automáticos</small>	
		Conducto de pago <input type="checkbox"/> Cargo a tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> Domiciliación <input 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:				Descripción			
Frecuencia		<input type="checkbox"/> No profesional <input type="checkbox"/> Profesional		Indique puesto y en qué consisten las labores			
No. de veces		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual					
Si es ocupacional indicar:				Indique puesto y en qué consisten las labores			
Empresa		Giro del Negocio					
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		<input type="checkbox"/> Ocupacional <input type="checkbox"/> Deportivo	
Si es deportivo indicar:				Descripción			
Frecuencia		<input type="checkbox"/> No profesional <input type="checkbox"/> Profesional		Indique puesto y en qué consisten las labores			
No. de veces		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual					
Si es ocupacional indicar:				Indique puesto y en qué consisten las labores			
Empresa		Giro del Negocio					
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 anexar 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 (anexar Declaración de salud) <input type="checkbox"/> De 91 a 120 días (anexar Solicitud de Seguro)			
Otros cambios			

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.

Nombre y firma del Contratante o Asegurado titular (Nuevo en caso de haber solicitado cambio de éste)	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.