

Solicitud de movimientos (H-107)

Favor de ser llenada con letra molde.

		No. de póliza		Fecha		
				día	mes	año
Datos del Contratante persona física						
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
R.F.C. (letras, año, mes, día, homoclave)		CURP		Fecha de nacimiento (día, mes, año)		Código de cliente (si cuenta con él)
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*		No. de identificación fiscal y País emisor (solo extranjeros)		Régimen Fiscal		Nacionalidad(es)
Relación o parentesco con el Asegurado		Ocupación actual		Giro del negocio donde trabaja		Correo electrónico
¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en los últimos cuatro años? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Definir cargo y dependencia:						
Contratante (en caso de existir como persona moral)						
Razón o denominación social		Régimen de Capital		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*		
Fecha de constitución (día, mes, año)		Folio mercantil		No. de identificación fiscal y País emisor (solo extranjeros)		Régimen Fiscal
Nacionalidad(es)						
Nombre del Representante Legal						
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		
Persona física que posea o controle, directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior al 25% del capital o de los derechos de voto, o en su defecto, el administrador único o director						
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Fecha de nacimiento (día, mes, año) % de acciones
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Fecha de nacimiento (día, mes, año) % de acciones
Domicilio Fiscal del Contratante (persona física o moral)						
Calle			No. exterior	No. interior	Colonia	C.P.
Municipio o Alcaldía		Ciudad o Población		Entidad Federativa		País
Lada		Teléfono				
Datos del Asegurado en caso de ser distinto al Contratante						
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		R.F.C. (letras, año, mes, día, homoclave)		
I. Movimientos financieros						
Retiros del fondo de inversión			Retiros del fondo de inversión para el pago de primas			<input type="checkbox"/> Rescate \$ _____
<input type="checkbox"/> Parcial \$ _____			<input type="checkbox"/> De Vida Póliza No. _____			<input type="checkbox"/> Préstamo
<input type="checkbox"/> Fondo de Protección \$ _____			<input type="checkbox"/> De otros ramos Póliza No. _____			A cuenta por \$ _____
<input type="checkbox"/> Fondo del Plan Personal de Retiro \$ _____						<input type="checkbox"/> Máximo
<input type="checkbox"/> Fondo de la Cuenta Especial de Ahorro \$ _____						
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						
Nombre		Prima de ahorro (según forma de pago)		Plazo de pago		Opciones de liquidación 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"/>
Obj 2	Obj 3	Obj 2	Obj 3	Obj 2	Obj 3	
• 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 USD _____ %	_____ %	
• Vida Activa 2045 _____ %	_____ %					
						Total 100%
De no especificarse alguna distribución para determinar la estrategia de Rendimiento, las primas se administrarán en la Cuenta Eje.						

* Si cuenta con ella.

En caso de requerir información contáctenos al 5227 9000 o visite gnp.com.mx

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

Domicilio de los Beneficiarios: Calle, Número exterior, Número interior, Colonia, Código Postal, Municipio o Alcaldía, Ciudad o Población, Entidad Federativa y País (solo en caso de ser distinto al domicilio del Solicitante)

1

2

3

Nota: 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.

III. Cambio de Contratante persona física Alta Baja Cambio

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Sexo	Fecha de nacimiento	Código de cliente
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	día mes año	(si cuenta con él)
R.F.C. letras año mes día homoclave		CURP	País y Estado de nacimiento		
Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*	No. de identificación fiscal y País emisor (solo extranjeros)	Régimen Fiscal	Nacionalidad(es)		
Relación o parentesco con el Asegurado	Ocupación actual	Giro del negocio donde trabaja	Correo electrónico		

¿El contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Municipal, Estatal o Federal en los últimos cuatro años?

Sí No Definir cargo y dependencia:

Cambio de Contratante (en caso de ser persona moral) Alta Baja Cambio

Razón o denominación social	Régimen de Capital	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*	
Fecha de constitución día mes año	Folio mercantil	No. de identificación fiscal y País emisor (solo extranjeros)	Régimen Fiscal
Nacionalidad(es)			

Nombre del Representante Legal

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)

Persona física que posea o controle, directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior al 25% del capital o de los derechos de voto, o en su defecto, el administrador único o director

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento	% de acciones
			día mes año	
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento	% de acciones
			día mes año	

Domicilio Fiscal del Contratante (persona física o moral)

Calle	No. exterior	No. interior	Colonia	C.P.
Municipio o Alcaldía	Ciudad o Población	Entidad Federativa	País	Lada Teléfono

IV. Otros cambios

Comprobación de edad (es necesario presentar documento oficial que lo avale)

Corregir nombre del Asegurado. El nombre es: _____

Reconsideración de extraprima

Otros cambios:

* Si cuenta con ella.

Favor de indicar la información que se anexa a esta solicitud para llevar a cabo el trámite			
Para el trámite solicitado hago el depósito de: \$ _____	<input type="checkbox"/> En efectivo _____ <input type="checkbox"/> Cheque número _____	Banco _____	
Ingresado en oficina	Folio _____	Fecha día mes año 	
Datos Personales y Consentimiento			
<p>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:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí Consiento dicho tratamiento <input type="checkbox"/> No Consiento dicho tratamiento</p> <p>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.</p>			
<p>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).</p>			
_____ Nombre y firma del Asegurado 1		_____ Nombre y firma del Asegurado 2	
_____ Nombre y firma del Contratante 1		_____ Nombre y firma del nuevo Contratante	
Datos del Agente			
Clave	Zona	Nombre completo	Firma
Módulo de atención e información a asegurados. Asesorías y aclaraciones 5227 9000			