

Consentimiento de Seguro de Vida

Llene con letra de molde

Número de Póliza	Número de Certificado

I. Datos del Contratante

Código Cliente	letras	año	mes	día	homoclave*	Razón Social
R.F.C.						
Domicilio (calle, número y colonia)						
C.P.	Delegación o Municipio		Estado y/o Población			Domicilio principal
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
lada	Teléfono (1)	Extensión	lada	Teléfono (2)	Extensión	Fax
						Extensión

II. Datos del Asegurado

Código Cliente	letras	año	mes	día	homoclave*	Estado Civil
R.F.C.						<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado
						<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Concubinato
Apellido Paterno	Apellido Materno		Nombre			Género
						<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso a la		día	mes	año	CURP
día mes año	Colectividad Asegurada					
día mes año	Inicio de vigencia de la	día mes año	Puesto u Ocupación (detallar)			
		Inicio - Término				
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:						

III. 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

¿Ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades: Diabetes, leucemia, SIDA, insuficiencia renal, enfermedades del cerebro y/o mentales, hipertensión arterial, tumores malignos, enfermedades o cirugías cardiovasculares, problemas del hígado, cáncer, alcoholismo o drogadicción o algún padecimiento invalidante?

Sí No ¿Cuál? _____

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar como 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.

FPC010168snfideicomjloabai-10peditab_1115VD.ai

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.

principalmente en lo que se refiere 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 Consentimiento de Seguro Vida en términos del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Asimismo, tiene conocimiento de que las Condiciones Generales del Contrato de Seguro también se encuentran en la página gnp.com.mx o puede solicitarlas al Contratante.

El Asegurado manifiesta que le fue explicado el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro,

Los Certificados 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.

Datos Personales:

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP), 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 gnp.com.mx por lo anterior:

Sí 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.

Lugar y fecha

Firma GNP

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

“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 05 de noviembre de 2010, con el número CNSF S0043-0998-2010.”