

**Consentimiento de Seguro de Vida Grupo**

Llene con letra de molde (Aplica sólo para miembros que den su consentimiento después de 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo)

Número de Póliza	Número de Certificado

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

II. Datos del Asegurado							
Código Cliente		letras		año mes día		homoclave*	
Razón Social		R.F.C.				Género	
						<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s)				Estado civil			
						<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Concubinato	
Fecha de nacimiento		Fecha de ingreso al Grupo Asegurado		CURP			
día mes año		día mes año					
día mes año		Inicio de vigencia de la póliza a las 12:00		día mes año		Puesto u ocupación (detallar)	
		Inicio - Término					
No. grupo (Lote)		Estado de residencia		Número de contrato de crédito		Saldo actual del crédito concedido	Plazo del adeudo

III. Suma Asegurada o regla para determinar la Suma Asegurada	
Fallecimiento Pago anticipado por invalidez (CAI) Fallecimiento del Cónyuge Coacreditado (MANC)	Saldo Insoluto del crédito a la fecha en que ocurra el siniestro

IV. Datos del Coacreditado (sólo en caso de existir)	
Nombre del Coacreditado	letras año mes día homoclave*
	R.F.C.

V. Beneficiarios			
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.			
Nombre completo	Parentesco	Porcentaje 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

**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.

Con CNSF S0043-0993-2010deudproia-10p\_1016VD.indd

\*si cuenta con ella **En caso de requerir información contáctenos: al 5227 9000 para la Ciudad de México, al 01 800 400 9000 lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx**

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.

este Consentimiento de Seguro Vida en términos del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro *-Precepto legal disponible en gnp.com.mx-*. Las Exclusiones y Limitantes pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro y 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, llamando al 5227 9000 desde la Ciudad de México o al 01 800 400 9000 desde el Interior de la República o mediante el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

El Asegurado declara que le fue explicado el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que refiere a sus derechos básicos, Coberturas, Exclusiones, Indisputabilidad, Cláusulas Generales y/o Particulares las cuales conoce, entiende y acepta como parte integrante del Contrato a que se refiere

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.

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, Delegación Coyoacán, C.P.04200, comunicarse a los teléfonos 5227 9000 desde la Ciudad de México o al 01 800 400 9000 desde el Interior de la República, o bien al correo electrónico: [unidad.especializada@gnp.com.mx](mailto:unidad.especializada@gnp.com.mx)

#### Datos Personales y Consentimiento para su tratamiento:

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 el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

#### IV. Reglamento del Seguro de Grupo

De acuerdo al Reglamento del Seguro de Grupo, se incluyen los siguiente artículos:

**Artículo 17.-** Las personas que ingresen al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

**Artículo 18.-** Las personas que se separen definitivamente del Grupo asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

**En caso de requerir información contáctenos: al 5227 9000 para la Ciudad de México, al 01 800 400 9000 lada sin costo para el interior de la República o visite [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx)**

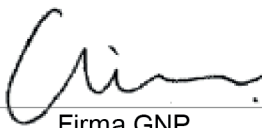
**Artículo 21.-** La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

GNP se obliga a notificar al acreditado asegurado y a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que el asegurador pague al acreditante beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto.

El acreditado asegurado o sus beneficiarios deben informar su domicilio a GNP para que éste, llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el párrafo anterior.

El Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que GNP pague al acreditante beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto amparado por el seguro más sus accesorios. En caso de existir algún remanente se pagará al acreditado asegurado, a su sucesión o a sus beneficiarios distintos del acreditante según corresponda.

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

  
\_\_\_\_\_  
Firma GNP

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

**Informativo**  
“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 S0043-0993-2010/CONDUSEF-001252-02.”