

Formato de Identificación del Cliente e Información para Pago

Código de Filiación (Uso exclusivo de GNP)

I.- Información General

Fecha			Datos del trámite (sólo trámites de egreso)			
Día	Mes	Año	No. de reclamación	No. de póliza		Línea de negocio (marcar con una X) Autos <input type="checkbox"/> Gastos Médicos <input type="checkbox"/> Daños <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/>
Datos Generales del Beneficiario del pago						Código de cliente (si cuenta con él)
Denominación o Razón Social / Nombre Completo (Apellido paterno, apellido materno, nombre(s))						
Fecha de Nacimiento		Fecha de Constitución		País de nacimiento (Personas físicas)		Nacionalidad
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
						<input type="checkbox"/> País de residencia fiscal
RFC	letras	año	mes	día	homoclave	No. de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (si cuenta con ella)
Profesión u Ocupación (Personas físicas)				Objeto Social o Giro (personas morales)		
Folio Mercantil (Personas morales)		No. de identificación fiscal (TIN o equivalente)			CURP	

II.- Información para el pago

Nombre del Titular de la cuenta bancaria y beneficiario del pago (se deberá escribir como aparece en su identificación oficial)						
Domicilio del Beneficiario						
Calle			Número exterior		Número interior	Colonia
C.P.	Municipio o delegación			Ciudad o población		Entidad Federativa
Teléfono de contacto (casa/oficina)		Ext.	Teléfono de contacto (móvil)		Correo electrónico	
Lada						

III.- Forma de pago solicitada

Registre la información solicitada	
<input type="checkbox"/> Cuenta	Realizar los pagos a una cuenta CLABE de 18 dígitos que aparece en el estado de cuenta impreso o que es proporcionada en cualquier sucursal de su banco.
_____ - _____ - _____ - _____	

Consideraciones para el pago

- La cuenta a depositar deberá ser en moneda nacional.

Opcional sólo para Indemnización Diaria por Hospitalización (aplica sólo para personas físicas)

<input type="checkbox"/> Orden de pago	Para hacer efectivo el cobro debe acudir a la institución bancaria que corresponda con una identificación oficial (INE, Pasaporte vigente o Cedula profesional) y las claves proporcionadas por GNP, a través de los siguientes medios:
	Teléfono móvil: _____
	Correo electrónico: _____ @ _____

IV.- Solicitud de pago y finiquito

Solicitud de pago y finiquito

Por el conducto indicado anteriormente, solicito y autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del Contrato de Seguro concertado con esta Aseguradora, me sea cubierto, de acuerdo a los datos proporcionados.

Al efectuar el pago de acuerdo a la forma seleccionada, por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones de la póliza, reconozco que se ha efectuado y otorgo a favor de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., el más amplio finiquito que en derecho procede.

Atendiendo a lo anterior, estoy de acuerdo en las condiciones de la solicitud de pago y finiquito, así como en las referidas para el tratamiento de datos personales.

Nombre y firma del Titular de la cuenta bancaria

V.- Datos personales y consentimiento para su tratamiento

Datos Personales y Consentimiento para su tratamiento:

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP) se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet www.gnp.com.mx en la sección aviso de privacidad.

Atendiendo a lo anterior, estoy de acuerdo en las condiciones de la solicitud de pago y finiquito, así como en las referidas para el tratamiento de los datos personales.

Nombre y firma del Titular de la cuenta bancaria o representante legal.

Datos Personales y Consentimiento (exclusivo para Personas Físicas)

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 No

Consiento y autorizo 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.

Firma de contratante, asegurado o beneficiario.

VI.- Observaciones

Anexar al Formato los documentos correspondientes

Persona física:

- ◆ Copia ciega del estado de cuenta bancario (sin saldo ni movimientos), no mayor a 3 meses de antigüedad, carta certificada donde se pueda identificar el nombre del titular y número de cuenta correspondiente, o contrato bancario firmado por la institución bancaria y el titular de la cuenta.
- ◆ Copia de la identificación oficial (con fotografía) vigente.
- ◆ Copia de la cédula fiscal de la persona física.

Persona moral:

- ◆ Copia ciega del estado de cuenta bancario (sin saldo ni movimientos), no mayor a 3 meses de antigüedad, carta certificada donde se pueda identificar el nombre del titular y número de cuenta correspondiente, o contrato bancario firmado por la institución bancaria y el titular de la cuenta.
- ◆ Copia del Acta Constitutiva de la empresa.
- ◆ Copia de la cédula física de la razón social.
- ◆ Copia de la identificación oficial (con fotografía) vigente del representante legal.
- ◆ Copia del poder del representante legal. Sólo en caso de que obre en una escritura diferente al acta constitutiva.

VII.- Datos generales del Agente

Nombre del Agente: _____ CUA: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

VIII.- Apartado para uso exclusivo de Grupo Nacional Provincial, S.A.B.

- Cuenta dada de alta
- Firma validada vs identificación oficial
- Información validada vs documentación

Sello de recibido