

Solicitud de Plan de Rentas

Fecha			No. de póliza																		
día	mes	año																			

I. Datos del Contratante/Asegurado (El nombre completo, el RFC con homoclave, la CURP y el domicilio fiscal, son datos necesarios que requiere GNP para la emisión de constancias y facturas)

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Código Cliente (si cuenta con él)											
R.F.C. letras año mes día homoclave		CURP (si cuenta con ella)		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)											
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre				Profesión u ocupación				Correo electrónico (si cuenta con él)									
Domicilio																	
Calle								No. exterior		No. interior							
Colonia										C.P.							
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País (si es distinto a México)		clave lada		Teléfono							

II. Plan de rentas

Forma de pago <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual		Porcentaje de suma asegurada _____ %		Tipo de moneda <input type="checkbox"/> Moneda Nacional <input type="checkbox"/> Dólares	
De las siguientes opciones, especifique cual es el plan de rentas que desea contratar y complete los campos solicitados:					
<input type="checkbox"/> Plan de Rentas Vitalicias				Renta adicional: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Plan de Rentas Vitalicias Heredables		Porcentaje: <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 100 Otro: _____ %		Mes: _____	
<input type="checkbox"/> Plan de Rentas Vitalicias con Periodo de Garantía		Periodo: <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 Otro: _____		Nota: Sólo aplica para forma de pago mensual	
<input type="checkbox"/> Plan de Rentas Temporales Garantizadas		Plazo: <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 Otro: _____			

III. 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.

En caso de haber solicitado un Plan de Rentas Vitalicias Heredables, indicar los datos de la persona que heredará la renta:

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Parentesco											
R.F.C. letras año mes día homoclave		CURP (si cuenta con ella)		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)											
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre				Profesión u ocupación				Correo electrónico (si cuenta con él)									
Domicilio																	
Calle								No. exterior		No. interior							
Colonia										C.P.							
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País (si es distinto a México)		clave lada		Teléfono							

En caso de haber solicitado un Plan de Rentas Vitalicias con Periodo de Garantía o un Plan de Rentas Temporales Garantizadas, indicar los datos de la(s) persona(s) que recibirá(n) las rentas:

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

IV. Conducto de Pago

Especifique los siguientes datos de su institución Bancaria:

Institución: _____

CLABE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

No. de Cuenta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Aceptación**Aviso de Privacidad**

En cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Grupo Nacional Provincial, S.A.B., (GNP) con domicilio en Avenida Cerro de las Torres No. 395, Colonia Campestre Churubusco, C.P. 04200, Delegación Coyoacán, México D.F., hace de su conocimiento que sus datos personales, aun los sensibles, recabados o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, se celebre o haya concluido, se tratarán para identificación, análisis y administración, pudiéndose transferir a proveedores que nos proporcionan servicios para dar cumplimiento a dicha relación.

Adicionalmente, le informamos que los datos personales que recopilamos los utilizamos, en conjunto con el Grupo al que pertenecemos, para ofrecerle otros productos y servicios, como un valor agregado, sin compartir su información con terceros anunciantes.

Para limitar el uso y divulgación de sus datos, mantenemos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad.

En caso de que usted no esté de acuerdo con este aviso de privacidad, podrá ejercer su derecho de revocación por escrito y de forma inmediata en la dirección antes citada, y a partir del 6 de enero de 2012, sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición.

El presente Aviso y sus actualizaciones, estarán a su disposición en la página www.gnp.com.mx, a través de comunicados colocados en nuestras oficinas o a través de otros medios de comunicación que tengamos con usted.

Consentimiento

Autorizo a GNP a tratar mis datos personales, aun los sensibles, para los fines señalados en el presente aviso de privacidad y en caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, me obligo a informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el aviso.

Firma del Contratante/Asegurado

Para ser llenado por el Agente

Clave del agente CUA	Contrato 	DA 	Nombre del agente
-------------------------	--------------	--------	-------------------

El agente da fe de que ha informado al Contratante/Asegurado de manera amplia y detallada sobre los Planes de Rentas, así como de la veracidad de los datos proporcionados por el Contratante/Asegurado y que se han incluido en este formato (Art. 24 Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros).

Firma del Agente

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 _____.