

Identificación de cliente de conformidad con las Disposiciones a que se refiere el Art. 140 de la ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

Fecha			Datos del trámite (sólo para 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 Contratante, Asegurado o Beneficiario					
Razón o Denominación Social/ Nombre completo (Apellido paterno, apellido materno, nombre[s])					Código de cliente (si cuenta con él)
Fecha de Nacimiento		Fecha de Constitución		País de nacimiento (Personas físicas)	Nacionalidad
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
R.F.C.			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 (sólo para extranjeros)		CURP	

Domicilio de residencia en México					
Calle				No. Exterior	No. Interior
Colonia			Municipio o Delegación	Entidad Federativa	
Ciudad o población		Código postal	Clave Lada	Teléfono particular	Correo electrónico o página de Internet

Domicilio de Residencia en el Extranjero (sólo para mexicanos que tengan residencia temporal fuera del País o turistas)		
		Teléfono
		Correo electrónico o página de Internet

Nombre completo del Representante Legal (Personas morales)

Información adicional sólo para personas físicas y Representante Legal		
¿Desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Estatal o Federal en los últimos 4 años? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Definir cargo	Dependencia

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:			
Contratante	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	consiento y autorizo dicho tratamiento.	Asegurado
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	consiento y autorizo dicho tratamiento.	
Beneficiario	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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			

Declarativa de actuación por cuenta propia (exclusivo para Personas Físicas). Aplica en caso de contratación, renovación y rehabilitación de póliza.
Declaro bajo protesta de decir verdad que la contratación descrita en la presente Solicitud se realiza con recursos propios y únicamente en beneficio del Contratante descrito en este documento. Lo anterior, de conformidad con la resolución por la que se expiden las Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 19 de julio de 2012 y de conformidad con las Políticas en materia de Identificación y Conocimiento del Cliente, emitidas para tal efecto por Grupo Nacional Provincial S.A.B.
Fechado en _____ el día _____ de _____ del año _____
_____ Firma del contratante

Entrevista personal. Aplica en caso de contratación, renovación y rehabilitación de póliza.
El agente que suscribe realizó una entrevista personal con el Contratante o Representante Legal que solicita el presente seguro, con la finalidad de obtener los datos personales que fueron asentados en esta solicitud. Asimismo, recabé copia simple de los documentos de identificación y los cotejé con los originales que tuve a la vista, en el caso de que éstos hayan sido requeridos, de acuerdo al monto de la prima del negocio.
_____ Nombre y firma del Agente