

Cuestionario para la aplicación del beneficio de Cláusula Familiar o Protección Familiar

No. de Póliza	FECHA (dd/mm/aaaa)

Seleccione el beneficio que solicita:	
☐ Cláusula Familiar	☐ Protección Familiar
Seleccione el motivo:	
☐ Por Fallecimiento	☐ Por Invalidez

Datos del Asegurado que quedará como Titular en la póliza correspondiente al beneficio			
El Asegurado debe formar parte de la póliza en beneficio. En caso de que en la póliza existan Asegurados menores de edad, se asignará como Asegurado Titular al mayor de ellos y el representante será el tutor.			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)	
Parentesco con el Asegurado Titular de la póliza afectada		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	
Domicilio (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Delegación o Municipio y Estado)			C.P.
Teléfono (Con Lada)	Ext.	R.F.C.	Género ☐ F ☐ M

Conteste esta sección sólo si el Contratante en la póliza es distinto al Asegurado Titular

Datos del Asegurado que quedará como Contratante en la póliza correspondiente al beneficio			
En el caso de que sea un menor de edad deberá contar con Cédula de Identificación Fiscal, en otro caso no podrá ser menor de edad.			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)	
Parentesco con el Asegurado Titular de la póliza afectada		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	
Domicilio (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Delegación o Municipio y Estado)			C.P.
Teléfono (Con Lada)	Ext.	R.F.C.	Género ☐ F ☐ M

DATOS PERSONALES Y CONSENTIMIENTO	
Reconozco que previo a proporcionar mis datos personales incluyendo los del (los) menor(es) de edad de los cuales ostentó la patria potestad y/o debida representación legal o tutela (en caso de aplicar), se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (en lo sucesivo GNP), el cual he leído y comprendido, por lo que tengo conocimiento de (i) la identidad y domicilio de GNP; (ii) los datos personales que serán sujetos a tratamiento; (iii) las finalidades primarias y secundarias del tratamiento, así como las transferencias que van a efectuarse; (iv) los medios habilitados para limitar el uso o divulgación de mis datos personales y/o revocar mi consentimiento, así como para ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Asimismo manifiesto tener conocimiento que puedo consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página gnp.com.mx. Por lo anterior, y una vez que he sido informado sobre el tratamiento al que serán sujetos los datos personales, otorgo consentimiento expreso y por escrito para que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. los trate en términos de lo señalado en el referido Aviso de Privacidad. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, reconozco haber cumplido con mi obligación de informarles sobre su entrega, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos para su tratamiento o de quien(es) ostente(n) la patria potestad y/o debida representación legal o tutela, así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta. Entiendo que el consentimiento para el tratamiento de los datos personales no será necesario cuando la finalidad del tratamiento sea cumplir obligaciones derivadas de la relación jurídica que en su caso se establezca.	
TITULAR (y de su Representante Legal si es menor de edad)	CONTRATANTE (Solo si es diferente al Solicitante titular)
Nombre y firma	Nombre y firma

FIRMAS

Bajo protesta de decir verdad, declaro que el contenido del presente cuestionario es cierta y, bajo el principio de la buena fe, he (hemos) llenado el formato de mi (nuestro) puño y letra.

TITULAR (y de su Representante Legal si es menor de edad)	CONTRATANTE (Sólo si es diferente al Solicitante)
Nombre y firma	Nombre y firma

IMPORTANTE: Favor de validar la información que requiere adjuntar para solicitar la aplicación de este beneficio.

Para ingresar su trámite es indispensable que envíe al correo **beneficiofamiliar@gnp.com.mx** la siguiente documentación:

1. Formato para la aplicación del beneficio de Cláusula Familiar o Protección Familiar.
2. Informe Médico.
3. Copia de Identificación Oficial (Titular y dependientes).
4. Copia del Acta de nacimiento (Titular y dependientes).
5. Formato único de información bancaria para el pago vía transferencia electrónica. (Solo en caso que la cuenta que previamente se tenía registrada cambie).

En adición a lo antes solicitado, deberá anexar:

Por Fallecimiento:

- Acta de Defunción o Certificado de Defunción.
- Acta de Ministerio Público (Cuando la causa del fallecimiento lo amerite).

Por Invalidez:

- Dictamen de Invalidez total y permanente emitido por una Institución Mexicana de Sector Salud o médico certificado y especialista en la materia con cédula profesional.
- Exámenes, análisis y documentos que corroboren el diagnóstico que determina el estado de Invalidez total y permanente.

Al mismo correo del cual envió la información le será confirmado el número de folio, fecha de respuesta y seguimiento a su trámite.