

Este formato deberá ser llenado según aplique con información correcta, detallado y **firmado por el Asegurado** y se proporcionará para efectos de entregar a este la indemnización que se refiere en las Condiciones Generales de su póliza.

Este documento no será válido con tachaduras y/o enmendaduras.

Fecha (dd/mm/aa)

/ /

INDEMNIZACIÓN POR:

Seleccione la opción que aplique

- | | |
|--|---|
| ☐ Enfermedades Crónico-Degenerativas | ☐ Enfermedades Graves y Trasplante de Órganos |
| ☐ Enfermedades que requieren Hospitalización | ☐ Indemnización Diaria por Hospitalización |
| ☐ Procedimientos Quirúrgicos Médicos | ☐ Indemnización por muerte accidental |

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO

Número de Póliza

Código de cliente / número de certificado

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre(s)

Fecha de nacimiento

/ /

RFC con homoclave

Parentesco con Asegurado titular

Teléfono (con LADA y si aplica núm. de extensión)

Celular

Correo electrónico para notificaciones de pago

INSTRUCCIONES DEL PAGO

Seleccione la persona a la que deberá efectuarse el pago

- | | |
|---|--|
| ☐ Asegurado titular/participante | ☐ Asegurado afectado/participante (solo si es mayor de edad) |
| ☐ Madre o padre del Asegurado afectado* | ☐ Tutor del Asegurado afectado* |

*Deberá anexar los documentos correspondientes que acredite que es padre, madre o tutor del Asegurado menor de edad.

Seleccione la instrucción de pago

- ☐ 1. Quiere registrar una cuenta bancaria para pago de siniestros Gastos Médicos o solicita un cambio de cuenta. **(Le informamos que es necesario llenar el formato único de información bancaria)**
- ☐ 2. Pago a una cuenta que se encuentra dada de alta en los registros de GNP

2.1 Si eligió la opción 2, indique los últimos 4 dígitos de la cuenta CLABE o tarjeta de débito

☐ Cuenta CLABE ☐ Tarjeta de débito Últimos 4 dígitos de la cuenta registrada _____

DATOS DE CONTACTO**Contacto de seguimiento al beneficiario del pago****Tipo de contacto****Primer apellido****Nombre(s)****Celular****Correo electrónico****Contacto Agente GNP** (en caso de que requerir notificación)**Nombre del Agente GNP****Celular****Correo electrónico****Consentimiento:**

Grupo Nacional Provincial, S.A.B., con domicilio en Avenida Cerro de las Torres No. 395, Colonia Campestre Churubusco, Código Postal 04200, Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México, tratará sus datos personales de identificación, patrimoniales y sensibles para brindarle los servicios relacionados con su contrato de seguro. Puede consultar la versión integral del Aviso de Privacidad en gnp.com.mx o en el teléfono 55522-79000 a nivel nacional.

Datos personales y Aviso de privacidad:

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 declaro tener 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; (v) que puedo consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página gnp.com.mx

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.

Nombre y firma del Asegurado afectado o representante legal (en caso de ser menor de edad)