

Este documento deberá ser llenado con información correcta y firmado por el Contratante y Asegurado. No será válido con tachaduras o enmendaduras.

Fecha (dd/mm/aa)

/ /

I. INFORMACIÓN GENERAL

Número de Póliza

625155189

Lugar de trabajo (dependencia)

Secretaría de Salud

Nombre del Contratante o Asegurado

SERGIO Ibarra Ramirez

RFC con homoclave

1ARS56100892A

Correo electrónico

Sergio-Ramirez-lee@hotmail.com

Teléfono celular

8111318654

II. TRÁMITE

Seleccione el tipo de retiro (solo una opción)

- ☐ Retiro del fondo de ahorro
 ☐ Retiro del fondo de protección
 ☐ Retiro del fondo de ahorro y del fondo de protección
 ☒ Cancelación de Póliza (Valor de rescate)

III. ALTA DE CUENTA BANCARIA PARA RETIRO

Seleccione una de las siguientes opciones de pago y registre la información solicitada en la sección correspondiente

Opción 1 (recomendada)

☐ Cuenta CLABE

Se realiza el pago a una cuenta CLABE de 18 dígitos que aparece impreso en el estado de cuenta o que es proporcionada por la sucursal del banco.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Opción 2

☐ Orden de pago

Para hacer efectivo el cobro de la devolución, debe acudir a la institución bancaria que corresponde con una identificación oficial (INE, pasaporte vigente o cédula profesional) y las claves proporcionadas por GNP al correo o teléfono celular registrados en la sección de información general de este formato, asegúrese de que esos campos no queden vacíos.

En caso de cancelación, retiro del fondo de ahorro o retiro del fondo de protección, se debe incluir adicional a este formato:

- Identificación oficial del Contratante, vigente, legible, con fotografía y por ambos lados.
- En caso de que el Asegurado sea distinto al Contratante, también incluir identificación oficial.
- Copia del estado de cuenta bancario donde se pueda identificar el nombre del titular y número de cuenta CLABE correspondiente en el que se acredite la titularidad de la cuenta a la que va a realizarse la transferencia.

Nombre y firma del titular o Contratante

Nombre y firma del Asegurado

IV. FINIQUITO

Solicito y autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B para que realice la devolución de prima que proceda a mi favor a la cuenta bancaria cuyos datos se proporcionan en el apartado anterior.

Al recibir el pago, otorgo a favor de Grupo Nacional Provincial, S.A.B el más amplio finiquito que en derecho proceda, haciendo constar que no se adeuda ningún concepto a mi favor, por lo que reconozco como comprobante de pago el estado de cuenta o comprobante de depósito que refleje dicho movimiento.

Aviso de Privacidad:

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.

Datos personales:

Reconozco que previo a proporcionar mis datos personales 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 comprendo, 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 www.gnp.com.mx. Por lo anterior, en mi carácter de titular manifiesto que estoy enterado de que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. tratará mis datos personales 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, así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta.



Nombre y firma del titular o Contratante_____
Nombre y firma del Asegurado