

Identificación del cliente de conformidad con las Disposiciones en materia de Prevención de Lavado de Dinero y Financiamiento al Terrorismo

Fecha			Datos del trámite (sólo para trámites de egreso)		
Día	Mes	Año	No. de reclamación / siniestro	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.		letras		año	
mes		día		homoclave	
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 Federal, Estatal o Municipal en el último año? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Definir cargo	Dependencia

Datos Personales y Consentimiento (exclusivo para Personas Físicas)
<p>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:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consiento y autorizo dicho tratamiento. </p> <p>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.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Firma del contratante, asegurado o beneficiario</p>

Declarativa de actuación por cuenta propia (exclusivo para Personas Físicas). Aplica en caso de contratación, renovación y rehabilitación de póliza.
<p>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 las Políticas en materia de Prevención de Lavado de Dinero o en materia de Identificación de Clientes, según corresponda.</p> <p>Fechado en _____ el día _____ de _____ del año _____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Firma del contratante</p>

Entrevista personal. Aplica en caso de contratación, renovación y rehabilitación de póliza.		
<p>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 este formato y así mismo, validó la identificación oficial exhibida por éste.</p>		
Tipo de Identificación	Organismo que emite la identificación	Folio o número
<p>_____</p> <p>Nombre y firma del agente, ejecutivo o promotor</p>		