

El pago se realiza solo al **Asegurado titular, Asegurado afectado, Contratante** (persona física o moral) o en caso de que el Asegurado afectado sea menor de edad al padre, madre o tutor.

TRÁMITE

Seleccione la opción que desea realizar (puede seleccionar ambas opciones si así lo requiere)

- ☐ Alta de cuenta (registrar sección I y II) ☐ Baja de cuenta (registrar sección I y III)

I. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre o razón social del titular de la cuenta bancaria

(Se deberá escribir conforme aparece en el estado de cuenta bancario)

Teléfono (con LADA y

si aplica núm. de extensión)

Celular

RFC con homoclave del titular de la cuenta bancaria

II. ALTA DE CUENTAS BANCARIAS

Seleccione la opción donde quiere que se realice el pago

Registre la información solicitada

- ☐ **Cuenta CLABE** 18 dígitos que aparecen en cualquier documento formal emitido por la institución bancaria, tales como: estado de cuenta o contrato de apertura de cuenta:

CLABE

- ☐ **Tarjeta de débito** Debe estar personalizada, con el número del plástico de 16 dígitos e indicar el banco al que pertenece:

Número de tarjeta

Banco

III. BAJA DE CUENTAS BANCARIAS

(En caso de realizar un cambio en cuenta CLABE o número de tarjeta)

Indique el tipo de cuenta y los últimos cuatros dígitos del número de cuenta bancaria que desea dar de baja

4 últimos dígitos

- ☐ **Cuenta CLABE** ☐ **Tarjeta de débito**

CLABE

Tarjeta de débito

Solicitud de pago y finiquito:

Solicito y autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del Contrato de Seguro celebrado con esta Aseguradora, sea cubierto a través de la opción seleccionada en la Sección II. Alta de cuentas bancarias de este formato.

Al efectuarse el pago por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones generales de la póliza, otorgo a favor de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome derecho o acción de ningún tipo que ejercitar en su contra y desistiéndome en su caso de las ya intentadas o iniciadas. El estado de cuenta o documento que refleje el movimiento será prueba del pago y de la fecha en que se realizó.

Asimismo, autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., a retirar de la cuenta bancaria que proporciono en este formato, cualquier cantidad transferida indebidamente por la Aseguradora a mi cuenta.

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 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. 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 titular de la cuenta
bancaria o representante legal de la empresa**

Anexar al formato los documentos correspondientes**Persona física**

- Copia del encabezado de cuenta bancario donde se pueda identificar el nombre del titular y número de cuenta correspondiente o documento formal emitido por la institución bancaria en el que se acredite la titularidad de la cuenta a la que va a realizarse la transferencia.
- Copia de la identificación oficial vigente.

Persona moral

- Copia del estado de cuenta bancario donde se pueda identificar el nombre del titular y número de cuenta correspondiente o documento formal emitido por la institución bancaria en el que se acredite la titularidad de la cuenta a la que va a realizarse la transferencia.
- Copia del acta constitutiva de la empresa.
- Copia de la cédula fiscal de la razón o denominación social.
- Copia del poder del representante legal, en caso de que obre en escritura diferente al acta constitutiva.