

Fecha	Formato único de identificación del cliente						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Día</td> <td style="width: 33%;">Mes</td> <td style="width: 33%;">Año</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año				
Día	Mes	Año					

Datos Generales del Cliente/Contratante

Razón o Denominación Social/ Nombre completo (Apellido paterno, apellido materno, nombre[s])		Nacionalidad													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Fecha de Nacimiento</td> <td style="width: 33%;">Fecha de Constitución</td> <td style="width: 33%;">País de nacimiento (personas físicas)</td> <td style="width: 33%;">Entidad federativa de nacimiento (personas físicas)</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">Día Mes Año</td> <td style="font-size: 8px;">Día Mes Año</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Fecha de Nacimiento	Fecha de Constitución	País de nacimiento (personas físicas)	Entidad federativa de nacimiento (personas físicas)	Día Mes Año	Día Mes Año								
Fecha de Nacimiento	Fecha de Constitución	País de nacimiento (personas físicas)	Entidad federativa de nacimiento (personas físicas)												
Día Mes Año	Día Mes Año														
R.F.C. letras año mes día homoclave		No. de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (si cuenta con ella)													
Ocupación o actividad económica (personas físicas)		Objeto Social o Giro (personas morales)													
Folio Mercantil (personas morales)	No. de identificación fiscal extranjeros (opcional personas físicas / obligatorio personas morales)	País emisor	CURP												

Domicilio de residencia en México

Calle		No. Exterior	No. Interior
Colonia		Municipio o Alcaldía	Entidad Federativa
Ciudad o población	Código postal	Clave Lada	Teléfono particular
Correo electrónico o página de Internet			

Domicilio de Residencia en el Extranjero (en caso de que aplique)

Representante Legal (Apellido paterno, apellido materno y nombre(s))

--

Datos de personas físicas que ejercen el control de la sociedad (exclusivo para clientes persona moral)

¿La persona moral o su subsidiaria, de la cual posee más del 50% del capital, cotiza en la Bolsa Mexicana de Valores o en mercados de valores del exterior reconocidos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	En caso de que alguna de las respuestas sea positiva, podrá omitir el llenado del siguiente recuadro
¿La persona moral está constituida legalmente en el extranjero?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

Datos de las personas físicas que ejercen el control de la sociedad (que posean o controlen, directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior al 25% del capital o de los derechos de voto) o en su defecto, del director general o del administrador único.

Apellido paterno, apellido materno y nombre(s)	Fecha de nacimiento	% de participación / administrador / director general

Declarativa del representante legal

Manifiesto que los datos proporcionados en el apartado anterior son reales y se encuentran actualizados, si cambian durante la vigencia de la póliza, me obligo a informar de manera inmediata a GNP.

Nombre completo y firma del cliente, contratante, asegurado o representante legal

Datos Personales y 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 y patrimoniales para prevención y detección de fraude y operaciones ilícitas. Puede consultar la versión integral del Aviso de Privacidad en la página www.gnp.com.mx.

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 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 puede 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 y una vez que he sido informado sobre el tratamiento al que serán sujetos mis datos personales, otorgo mi consentimiento expreso y por escrito para que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. trate mis datos personales en términos de lo señalado en el referido Aviso de Privacidad.

En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares y/o ser representante legal de una persona moral, 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.

Entiendo que el consentimiento para el tratamiento de mis datos personales no será necesario cuando la finalidad del tratamiento sea cumplir obligaciones derivadas de la relación jurídica que en su caso se establezca, tal como lo sería la formalización del contrato de seguro.

Nombre completo y firma del cliente, contratante, asegurado o representante legal

Declarativa de actuación por cuenta propia (exclusivo para Personas Físicas). Aplica en caso de contratación, renovación y rehabilitación de póliza.

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.

Fechado en _____ el día _____ de _____ del año _____

Nombre completo y firma del cliente, contratante, asegurado o representante legal

Entrevista personal. Aplica en caso de contratación, renovación y rehabilitación de póliza.

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.

Tipo de identificación	Organismo que emite la identificación	Folio o número

Nombre completo y firma del agente, ejecutivo o promotor