Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco
c.p. 04200, México D.F.

Notificación para Ayuda de Parto o Cesárea

Este formato deberá ser llenado con la información correcta, detallada, firmado por el Asegurado y se proporcionará para efectos de entregar a este la ayuda para Maternidad (Indemnización) a que se refieren las Condiciones Generales de su póliza.

Póliza No.	Fecha		
	día	mes	año

Este documento no será valido con tachadura o enmendaduras.

☐ Aviso previo ☐ Solicitud posterior al nacimiento

Fecha probable de parto Dia Mes

I. Datos del Asegurado

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Código de cliente o No. de certificado

R.F.C. letras	año	mes	día	homoclave*	Parentesco con el titular	Teléfono de contacto (Casa/oficina) lada	Ext.	Teléfono de contacto (Móvil)

Correo electrónico para notificaciones de pago:

II. Seleccione la persona a la que deberá efectuarse el pago

☐ Asegurado Afectado/Participante (Solo si es mayor de edad)
☐ Asegurado Titular/Participante
☐ Contratante
☐ Padre, Madre o tutor (sólo si el Asegurado es menor de edad)

*En aquellos casos en los que se trate de un Contrato en el que el Asegurado afectado/Participante sea un menor de edad, indique en el siguiente espacio el tipo de parentesco o relación que tiene con el . Así mismo, anexe el (los) documento(s) correspondiente(s) que acredite(n) que se trata del padre, madre o tutor del menor.

Parentesco con el Asegurado afectado/Participante
☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutor

1. Si está solicitando por primera vez un pago deberá entregar junto con el presente documento el formato único de información bancaria para pago vía transferencia electrónica debidamente llenado.
2. Si ya ha dado de alta la cuenta indique los últimos 4 dígitos de la cuenta bancaria a la que se requiere que se realice el pago:

Cuenta CLABE ___ ___ ___ ___

Tarjeta de Débito ___ ___ ___ ___

Monedero Electrónico GNP ___ ___ ___ ___

Datos Personales y Consentimiento:

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:

☐ **Si Consiento dicho tratamiento** ☐ **No Consiento dicho tratamiento**

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.

Nombre y firma del Asegurado

Nombre del Agente	Clave	Teléfono	Estado

Línea GNP

52 27 9000 **Distrito Federal**
01 800 400 9000 **Interior de la República**