



**Grupo Nacional Provincial, S.A.B.**  
Avenida Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre  
Churubusco C.P. 04200, Ciudad de México, México



Casa abierta al tiempo  
**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**

**Vida Grupo**

### Consentimiento de Seguro de Vida

Formato de potenciación

Número de Certificado	Número de póliza básica	Número de póliza de potenciación
	461883852	

I. Datos del Contratante			
Código Cliente <b>365471</b>	letras    año    mes    día    homoclave* R.F.C <b>UAM740101 AR1</b>	Razón Social <b>UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA</b>	
Domicilio (calle, número y colonia) <b>PROLONGACIÓN CANAL DE MIRAMONTES 3855, COLONIA EX HACIENDA SAN JUAN DE DIOS</b>			
C.P. <b>14387</b>	Alcaldía o Municipio <b>TLALPAN</b>	Estado y/o Población <b>CIUDAD DE MÉXICO</b>	Domicilio principal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
II. Datos del Asegurado			
Código Cliente	letras    año    mes    día    homoclave* R.F.C	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Concubinato	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento día    mes    año	Fecha de Ingreso al Grupo Asegurado día    mes    año	CURP	
día    mes    año	Inicio de vigencia de la póliza a las 12:00 horas Inicio - Término	día    mes    año	Puesto u Ocupación (detallar) 3   0   0   6   2   5
No. Económico	Adscripción	Correo electrónico.	
Suma Asegurada o regla para determinar la Suma Asegurada			
Alta	Baja	Corrección	
Suma Asegurada contratación hasta: Nivel I <input type="text"/> \$350,000.00                      Nivel II <input type="text"/> \$850,000.00			
La forma de pago de la Suma Asegurada de esta póliza será Pago Único, designo como beneficiario a: ¿Los beneficiarios son los mismos de la póliza No.                      ? Si    No En caso negativo favor de llenar el apartado III.			
III. Beneficiario			
Nombre completo	Parentesco	Porcentaje de Suma Asegurada	Irrevocable <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Advertencia:</b> En el caso de que se desee nombrar como Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.		La designación que se hiciera de un mayor de edad como res Beneficiarios, durante la ría de edad de ellos, legalmente puede implicar que ra Beneficiario al mayor de edad, quien en todocaso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato incondicionado de representante de menominose nombde Seguro le concede el derecho disponer de la Suma Asegurada.	
Lo anterior, porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.			

Doy mi consentimiento para formar parte del Seguro de Vida solicitado a GNP por el Grupo al que pertenezco y expresamente declaro que todo lo anteriormente expuesto es verídico y que gozo de buena salud y en este acto autorizo a los médicos y hospitales que me hayan asistido para que proporcionen a GNP todos los informes que se refieren a mi salud. refieren a mi salud.

El Asegurado declara que le fue explicado el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que refiere a sus derechos básicos, Coberturas, Exclusiones, Indisputabilidad, Cláusulas Generales y/o Particulares las cuales conoce, entiende y acepta como

parte integrante del Contrato a que se refiere este Consentimiento de Seguro Vida en términos del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro -Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx-. Las Exclusiones y Limitantes de este producto pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro. Asimismo, tiene conocimiento de que las Condiciones Generales del Contrato de Seguro también se encuentran en la página gnp.com.mx o puede solicitarlas al contratante llamando al 55 5227 9000 desde la Ciudad de México o al 01 800 400 9000 desde el Interior de la República o mediante el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Los Certificados de todos y cada uno de los Asegurados, así como las Condiciones Generales de su Póliza serán entregados por GNP al Contratante, quien a su vez se obliga a hacer llegar los citados documentos a cada Asegurado.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con su seguro, le sugerimos ponerse en contacto con la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. ubicada en Avenida Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco, Delegación Coyoacán, C.P.04200, comunicarse a los teléfonos 55 5227 9000 desde la Ciudad de México o al 01 800 400 9000 desde el Interior de la República, o bien al correo electrónico: [unidad.especializada@gnp.com.mx](mailto:unidad.especializada@gnp.com.mx)

**Datos Personales y Consentimiento para su tratamiento:**

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP), 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 [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx) por lo anterior:

Sí  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.

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma GNP

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado  
(En caso de ser menor de edad, también deberá de firmar el Padre o Tutor)

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 05 de noviembre de 2010, con el número CNSF-S0043-0997-2010/ CONDUSEF-001256-02.”