

Identificación del cliente para trámite de pago

No. de reclamación		No. de póliza		Línea de negocio (marcar con una X)				Fecha		
				Autos <input type="checkbox"/> Gastos Médicos <input type="checkbox"/> Daños <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/>				Día Mes Año		
Datos Generales										
Razón o Denominación Social / Nombre completo (Apellido paterno, apellido materno, nombre[s])								Código de cliente (si cuenta con él)		
Fecha de Nacimiento (Personas Físicas)			Fecha de Constitución (Personas Morales)			País de nacimiento (Personas físicas)		Nacionalidad		
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)						
Folio Mercantil (Personas morales)			No. de identificación fiscal (sólo para extranjeros)			Ocupación o profesión				
Actividad o Giro del negocio						CURP (si cuenta con ella)				
Información adicional solo para personas físicas y Representante Legal										
¿El Contratante o Representante Legal desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Estatal o Federal en los últimos 4 años? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						Definir cargo		Dependencia		
Domicilio de residencia en México (Si tiene residencia en territorio nacional)										
Calle				No. exterior		No. interior		Correo electrónico (si cuenta con él)		
Colonia							Municipio o delegación			
Ciudad o población			Entidad Federativa			C.P.		Clave Lada		Teléfono
Domicilio de residencia en el país de origen (Sólo para Extranjeros)										
						Teléfono		Correo electrónico (si cuenta con él)		
Nombre completo del Representante Legal (Personas morales)										
Aviso de Privacidad										
<p>En cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Grupo Nacional Provincial, S.A.B., (GNP) con domicilio en Avenida Cerro de las Torres No. 395, Colonia Campestre Churubusco, C.P. 04200, Delegación Coyoacán, México D.F., hace de su conocimiento que sus datos personales, aun los sensibles, recabados o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, se celebre o haya concluido, se tratarán para identificación, análisis y administración, pudiéndose transferir a proveedores que nos proporcionan servicios para dar cumplimiento a dicha relación.</p> <p>Adicionalmente, le informamos que los datos personales que recopilamos los utilizamos, en conjunto con el Grupo al que pertenecemos, para ofrecerle otros productos y servicios, como un valor agregado, sin compartir su información con terceros anunciantes.</p> <p>Para limitar el uso y divulgación de sus datos, mantenemos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad.</p> <p>En caso de que usted no esté de acuerdo con este aviso de privacidad, podrá ejercer su derecho de revocación por escrito y de forma inmediata en la dirección antescitada, y a partir del 6 de enero de 2012, sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición.</p> <p>El presente Aviso y sus actualizaciones, estarán a su disposición en la página www.gnp.com.mx, a través de comunicados colocados en nuestras oficinas o a través de otros medios de comunicación que tengamos con usted.</p>										
Consentimiento										
<p>Autorizo a GNP a tratar mis datos personales, aun los sensibles, para los fines señalados en el presente Aviso de Privacidad y en caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, me obligo a informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el aviso.</p>										
<p>Mediante este documento declaro que toda la información vertida en él es verdadera y acorde con los antecedentes que conozco y me hago responsable de sus consecuencias.</p>										
<p>_____ Nombre y firma del Asegurado / Beneficiario</p>										