

Este formato debe ser llenado y firmado por el **médico tratante**. Favor de no dejar preguntas ni espacios **sin contestar**. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y **de lo declarado no se aceptan cambios posteriores**.

TRÁMITE					
Seleccione el trámite que el Asegurado solicita					
☐ Reembolso	☐ Programación de cirugía	☐ Programación de medicamentos	☐ Programación de servicios	☐ Indemnización	☐ Reporte hospitalario

FICHA DE IDENTIFICACIÓN ASEGURADO AFECTADO					
Número de Póliza		Primer apellido		Segundo apellido	
Nombre(s)					
Sexo		Edad		Causa de atención	
☐ F	☐ M			☐ Accidente	☐ Enfermedad
☐ Embarazo					

HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)	
IMPORTANTE: Deberán ingresarse aunque no estén relacionados con el diagnóstico e incluir fechas de inicio del diagnóstico y del tratamiento (dd/mm/aa)	
Antecedentes personales patológicos	Antecedentes personales no patológicos
Antecedentes gineco-obstétricos (descripción anatómica)	Antecedentes perinatales

Padecimiento actual De acuerdo a la historia clínica y evolución natural de la enfermedad, indispensable la fecha de inicio	Fecha de inicio / /
Diagnóstico(s) definitivo(s)	Fecha de diagnóstico / /

Tipo de padecimiento Seleccione una opción	¿Se ha relacionado con algún otro padecimiento?	Especifique cuál padecimiento: (Si no existe padecimiento, indicar "ninguno")
☐ Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico	☐ Sí ☐ No	

HISTORIA CLÍNICA (CONTINUACIÓN)**Signos vitales y medidas antropométricas del paciente**

Pulso (x minuto)	Respiración (x minuto)	Temperatura (°C)	Presión arterial (mm Hg)	Peso (kg)	Altura (m)
------------------	------------------------	------------------	--------------------------	-----------	------------

Resultados de exploración física realizada el día del diagnóstico**Estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)**

(Indique los estudios y en caso de que no se llevaron a cabo, especificar que no se realizaron)

Complicaciones

Indique y describa si se presentaron complicaciones

Fecha de inicio

/ /

☐ Sí ☐ No**Tratamiento** Detallar los tratamientos, procedimientos y técnica quirúrgica **especificando las fechas (dd/mm/aa)**. En caso de medicamentos mencionar posología completa**Fecha de inicio**

/ /

En caso de intervención quirúrgica, ¿qué equipo específico se utilizará? Especificar las fechas (dd/mm/aa)

Ejemplo: equipo de laparoscopia, equipo de fluoroscopia, etc.

Información adicional**DATOS DE HOSPITAL O CLÍNICA DONDE SE TRATARÁ EL PACIENTE**

Nombre del hospital o clínica donde ingresará el paciente	Ciudad	Estado
---	--------	--------

Tipo de estancia	Fecha de ingreso
------------------	------------------

☐ Urgencia	☐ Hospitalaria	☐ Corta estancia / ambulatoria
-----------------------------------	---------------------------------------	---

/ /

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE			
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Especialidad
Cédula profesional	Cédula de especialidad	¿Está en convenio con GNP? Sí No	Se ajusta al tabulador Sí No
Ppto. de honorarios	Teléfono consultorio	Celular	Correo electrónico
Tipo de participación		¿Hubo interconsulta?	
☐ Tratante	☐ Cirujano	☐ Otra ¿Cuál?	☐ Sí (capture los datos en la siguiente sección) ☐ No

DATOS DE MÉDICOS INTERCONSULTANTES O PARTICIPANTES EN LA INTERVENCIÓN			
Médico 1 Tipo de participación			
☐ Interconsultante	☐ Cirujano	☐ Anestesiólogo	☐ Ayudantía ☐ Otra ¿Cuál?
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Especialidad
Cédula profesional	Cédula de especialidad	Presupuesto de honorarios	
Médico 2 Tipo de participación			
☐ Interconsultante	☐ Cirujano	☐ Anestesiólogo	☐ Ayudantía ☐ Otra ¿Cuál?
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Especialidad
Cédula profesional	Cédula de especialidad	Presupuesto de honorarios	
Médico 3 Tipo de participación			
☐ Interconsultante	☐ Cirujano	☐ Anestesiólogo	☐ Ayudantía ☐ Otra ¿Cuál?
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Especialidad
Cédula profesional	Cédula de especialidad	Presupuesto de honorarios	

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información asentada en este documento es verídica ya que es proporcionada conforme a la evolución médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, asimismo por la referencias del propio paciente o de sus familiares.

Datos Personales:

Reconozco que previo a proporcionar los 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 los datos personales y/o revocar el consentimiento, así como para ejercer derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Asimismo manifiesto tener conocimiento que se puede 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.

Lugar y fecha

Nombre y firma del médico tratante

(Formato para reembolso, programación de servicios y/o tratamiento médico)

Este cuestionario deberá ser llenado según aplique con información correcta, detallado y **firmado por el Asegurado**. Por el hecho de proporcionar este formulario, la compañía no queda obligada a admitir la validez de la reclamación, ni a renunciar a sus derechos conforme a la Póliza y/o Ley Sobre el contrato de Seguro.

Fecha (dd/mm/aa)
 / /

Este documento no será válido con tachaduras y/o enmendaduras.

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR DE LA PÓLIZA

Número de Póliza	Código de cliente / número de certificado			
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Fecha de nacimiento	Sexo
			/ /	☐ F ☐ M

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO (SI ES EL MISMO QUE EL TITULAR FAVOR DE NO LLENAR)

Cód. de cliente / núm. de certificado	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)
Parentesco con el Asegurado titular	Fecha de nacimiento	Sexo	
	/ /	☐ F ☐ M	

DATOS DE LA RECLAMACIÓN

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en ésta u otra compañía?		Tipo de reclamación / siniestro	
☐ Sí ☐ No		☐ Inicial ☐ Complementaria	
Núm. de reclamación/siniestro	Se trata de	Indicar el diagnóstico	
	☐ Accidente ☐ Enfermedad ☐ Embarazo		
Detalle de accidente o enfermedad Describa ¿cómo ocurrió el accidente? / ¿cómo inició el padecimiento? Es importante indicar la fecha completa de cuándo ocurrió o inició			Fecha de inicio
			/ /

Hospital donde se internará o tratará (o donde se trató)	Hora de ingreso	Fecha de ingreso al hospital
		/ /
Nombre del médico	Especialidad	¿Está en convenio con GNP?
		☐ Sí ☐ No
¿En su caso, intervinieron autoridades legales?		
☐ Sí ☐ No		

Si en su caso intervinieron autoridades legales, presentar copia del acta del Ministerio Público

Mediante este documento declaro que toda la información vertida en él es verdadera y está acorde con los antecedentes médicos que conozco, y me hago responsable de sus consecuencias.

En caso de accidente automovilístico,

¿Existe seguro del (de los) automóvil(es)?

Nombre de la compañía aseguradora

☐ Sí ☐ No

Cobertura

Suma Asegurada (Gastos Médicos)

Número de Póliza

Anexar copia de la actuación del Ministerio Público o comprobante y/o reporte recibido de la compañía, así como interpretación de estudios realizados.

DATOS DE CONTACTO

Contacto Asegurado o contacto de seguimiento

Tipo de contacto

Primer apellido

Nombre(s)

Celular

Correo electrónico

Dirección (En caso de programar servicios a domicilio, indique la dirección del Asegurado de forma obligatoria)

Calle

Núm. exterior

Núm. interior

Colonia

Código postal

Municipio o Alcaldía

Estado

Núm. de teléfono 1*

Núm. de teléfono 2* *(En caso de programar servicios a domicilio, indique 2 números de contacto)

Contacto Agente GNP (en caso de requerir notificación)

Nombre del Agente GNP

Celular

Correo electrónico

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 55 5227-9000 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.

Aceptación:

Autorizo a los médicos o personal que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, laboratorios o cualquier centro de salud al que haya ingresado, para: diagnóstico, tratamiento, pruebas y/o estudios, de cualquier enfermedad y/o padecimiento relacionado, que haya tenido de manera previa y/o posterior a la contratación de mi póliza y para el efecto, relevo a las personas mencionadas del secreto profesional en este caso, para que se proporcionen éstos a GNP para la correcta evaluación de mi información, la cual puede ser requerida en cualquier momento en que GNP lo considere oportuno.

**Nombre y firma del Asegurado afectado o representante
legal (en caso de ser menor de edad)**

Presentar este documento con los comprobantes originales de sus gastos.

Este cuestionario deberá ser llenado según aplique con información correcta, detallado y **firmado por el Asegurado**.

Por el hecho de proporcionar este formulario, la compañía no queda obligada a admitir la validez de la reclamación, ni a renunciar a sus derechos conforme a la Póliza y/o Ley Sobre el contrato de Seguro.

Este documento no será válido con tachaduras y/o enmendaduras.

Fecha (dd/mm/aa)
/ /

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR DE LA PÓLIZA

Número de Póliza | Código de cliente / número de certificado

Primer apellido | Segundo apellido | Nombre(s) | Fecha de nacimiento / / | Sexo ☐ F ☐ M

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO (SI ES EL MISMO QUE EL TITULAR, NO LLENAR)

Cód. de cliente / núm. de certificado | Primer apellido | Segundo apellido | Nombre(s)

Parentesco con el Asegurado titular | Fecha de nacimiento / / | Sexo ☐ F ☐ M

DATOS DEL CONTRATANTE (SI ES EL MISMO QUE EL TITULAR, NO LLENAR)

Código de cliente (si se cuenta con él) | Nombre o razón social

DATOS DE LA RECLAMACIÓN

Indicar el padecimiento | ¿Es primer pago? ☐ Sí ☐ No | Núm. de reclamación / siniestro, si lo tiene indíquelo

DATOS DEL REEMBOLSO

(Solo en caso de tener indemnización diaria por accidente y enfermedad, indique la fecha de incapacidad) | Fecha de incapacidad / /

Detalle reembolso

Concepto	Importe de gastos presentados
1. Gastos extras fuera del hospital (medicamentos, análisis, radiografías, estudios etc.)	
2. Honorarios por consulta, intervención quirúrgica, terapias, rehabilitación, enfermería, etc.	
3. Gastos por hospitalización	
4. Otros gastos, especificar	

NOTA: El total de gastos presentados, debe coincidir exactamente con la suma de los comprobantes respectivos, con el importe registrado y las facturas, procurando presentar éstos en el mismo orden de los conceptos.

Los comprobantes deben estar a nombre del asegurado afectado o titular de la Póliza en caso de que sea menor de edad

Total

INSTRUCCIONES DEL PAGO-FINIQUITO VÍA TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

Seleccione a quién deberá efectuarse el reembolso

- ☐ Asegurado titular
 ☐ Asegurado afectado (solo si es mayor de edad)
 ☐ Contratante de la Póliza
 ☐ Madre o padre del Asegurado afectado*
 ☐ Tutor del Asegurado afectado*

RFC de la persona seleccionada | Nombre completo de la persona seleccionada a quien se le hará el pago

*Aplica solo cuando el asegurado es menor de edad. Deberá anexar los documentos correspondientes que acrediten que es padre, madre o tutor del menor, copia de la identificación oficial vigente y comprobante de domicilio.

Seleccione la instrucción de pago

- ☐ 1. Quiere registrar una cuenta bancaria para pago de siniestros Gastos Médicos o solicita un cambio de cuenta. **(Le informamos que es necesario llenar el formato único de información bancaria)**

☐ 2. Pago a una cuenta que se encuentra dada de alta en los registros de GNP

2.1 Si eligió la opción 2, indique los últimos 4 dígitos de la Cuenta CLABE o tarjeta de débito a la cual requiere se realice el pago

☐ Cuenta CLABE*
 ☐ Tarjeta de débito* *Obligatorios los últimos 4 dígitos de la cuenta registrada: _____

DATOS DE CONTACTO

Contacto Asegurado o contacto de seguimiento

Tipo de contacto | Primer apellido | Nombre(s)

Celular | Correo electrónico

Contacto Agente GNP (en caso de requerir notificación)

Nombre del Agente GNP | Celular | Correo electrónico

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 55 5227-9000 a nivel nacional.

Datos personales y Aviso de privacidad:

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 puedo 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 manifiesto que estoy enterado de que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. tratará mis datos personales en términos de lo señalado en el referido Aviso de Privacidad.

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, así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta.

Aceptación:

Autorizo a los médicos o personal que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, laboratorios o cualquier centro de salud al que haya ingresado, para: diagnóstico, tratamiento, pruebas y/o estudios, de cualquier enfermedad y/o padecimiento relacionado, que haya tenido de manera previa y/o posterior a la contratación de mi póliza y para el efecto, relevo a las personas mencionadas del secreto profesional en este caso, para que se proporcionen éstos a GNP para la correcta evaluación de mi información, la cual puede ser requerida en cualquier momento en que GNP lo considere oportuno.

**Nombre y firma del Asegurado afectado o
representante legal (en caso de ser menor de edad)**

Instructivo para el trámite de reclamaciones por reembolso en accidente y/o enfermedad

NOTA IMPORTANTE: Le recomendamos leer las condiciones de su contrato antes de tramitar cualquier reclamación, debido a que existen ciertas exclusiones y limitaciones. En caso de duda, acuda con su agente de seguros.

Para lograr atenderle con la mayor rapidez y eficacia en el pago de su reclamación, le pedimos revise que la documentación correspondiente cumpla con los siguientes requisitos:

1. Contar con los siguientes documentos y formatos debidamente requisitados con los datos que se le solicite y que contengan la firma correspondiente:

a) Formato para reembolso de accidente y/o enfermedad

b) Formato de aviso de accidente o enfermedad

c) Formato informe médico

El médico que le atendió debe llenar con claridad el Informe Médico, poniendo especial atención en el diagnóstico que emite y en las fechas que se solicitan.

d) Interpretación de estudios, así como copia de los estudios practicados

e) Copia de la historia clínica completa (solo en caso de hospitalización)

f) Formato único de información bancaria para pago vía transferencia electrónica

Recuerde haber concluido el proceso de registro de información bancaria del beneficiario del pago.

d) Comprobantes de gastos con requisitos fiscales respectivos

- Los comprobantes originales de los gastos efectuados deberán ser presentados para su revisión (factura detallada del hospital, recibos de médicos, ayudantes, facturas de farmacia acompañadas de la receta, etc.). Los recibos de honorarios deberán ser firmados por la persona que los expidió.

- Los recibos por honorarios profesionales de médicos, ayudantes y anestelistas deberán ser expedidos en las formas que para tal efecto exige la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y a nombre del Asegurado titular.

- Al comprar sus medicamentos en la farmacia, anexe a la nota, la receta del médico no mayor a 3 meses. Indique en sus notas los medicamentos o artículos que no sean para el paciente.

- Por cada consulta el médico deberá expedir el recibo de honorarios correspondiente, indicando el importe de la misma. Además de indicar las recetas médicas generadas por dicha consulta.

- Revise que el hospital y el médico, al expedir el total de la cuenta, desglose el costo por cada uno de los conceptos que la forman (renta diaria del cuarto, honorarios médicos, consultas, anestesiista, etc.)

- No se aceptarán pagos a instituciones de beneficencia o establecimientos oficiales de servicio.

- Para tramitar un reembolso de análisis o estudios deberá ingresar la receta médica no mayor a 3 meses donde el médico le indica dichos estudios, copia de los estudios en formato PDF junto con el reporte de la interpretación.

- En caso de solicitar reembolso por servicio de enfermería, rehabilitación o terapias deberá anexar junto con la factura las bitácoras de servicio, las cuales deben contener el nombre del Asegurado, número de Póliza, diagnóstico, nombre del proveedor que da el servicio, número total de sesiones y/o número de días/horas de servicio de enfermería (especificando si es 8, 12 o 24hrs), fecha, firma del proveedor y firma del Asegurado.

2. En caso de que se presenten dos reclamaciones simultáneas o con diferente moneda (nacional y extranjera), separe los gastos de cada accidente o enfermedad y llene para cada uno, toda la documentación requerida.

¡Aprovecha los beneficios que te da tu Seguro Médico GNP al programar tu cirugía o tratamiento médico!

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.