

Consentimiento Individual del Seguro de Indemnización Garantizada por Accidente Colectivo (SIGA)

Solicitado a Grupo Nacional Provincial S.A.B. por la colectividad a la que pertenezco constituido con el personal activo de:

Número de Póliza		Número de Certificado		Fecha			
				día	mes	año	
Contratante o Razón Social							
Datos del Solicitante							
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)			
Estado Civil		Fecha de Nacimiento		Fecha en que inició sus actividades dentro de la empresa		Fecha de alta en el Colectivo	
		día	mes	año	día	mes	año
Ocupación (detalle puesto y labores)						Sueldo base mensual	
Si se aseguran los dependientes económicos anotar los siguientes datos							
Nombre completo		Género	Fecha de Nacimiento		Parentesco con el Asegurado Principal		
			día	mes	año		
Beneficiario para la cobertura de Muerte Accidental (ver recomendaciones al reverso)			Parentesco		% de Suma Asegurada		
Requisitar en caso de contratar la cobertura de Siga® Profesionales							
Mis labores consisten en		Horario de trabajo	Las realizo en		Viaja		
<input type="checkbox"/> Supervisar labores <input type="checkbox"/> Servicio de seguridad <input type="checkbox"/> Realizar labores manuales usando maquinaria <input type="checkbox"/> Labores administrativas		<input type="checkbox"/> Realizar labores manuales sin usar maquinaria <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Taller <input type="checkbox"/> Tiendas <input type="checkbox"/> Exterior <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Número de viajes al año _____	
<p>Doy mi consentimiento para formar parte del Seguro de Accidentes Personales 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.</p> <p>El Asegurado declara que le fue entregado y explicado el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que se 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</p>				<p>se refiere este documento 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 pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro y tiene conocimiento que las Condiciones Generales del Contrato de Seguro también se encuentran en la página gnp.com.mx, puede solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando al 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.</p>			

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 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

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 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 el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

Lugar y Fecha

Firma o Sello del Contratante

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 de: 24 de enero de 2014, con el número CNSF-S0043-0531-2013/ CONDUSEF-001668-02, 24 de enero de 2014, con el número CNSF-S0043-0532-2013/ CONDUSEF-001672-02.”

Recomendaciones para la designación de beneficiarios

1. Sugerimos no nombrar Beneficiarios menores de edad, en virtud de que carecen de personalidad jurídica y se tendría que pagar a sus tutores, siendo en ocasiones un problema determinar quiénes tienen ese carácter.
2. Si hay Beneficiarios y usted desea que reciban conjuntamente la Suma Asegurada, deberá hacer su designación de tal forma que quede claro quiénes y cuánto van a recibir. Por ejemplo: Juan Pérez Martínez y María Rodríguez de Pérez, padre y madre; Rosa María Domínguez de Pérez y Luis Alberto Pérez Rodríguez, esposa y hermano. Todos en partes iguales.
3. Si por el contrario, usted desea que exista un primer Beneficiario y sólo a falta de éste, la Suma Asegurada se entregue a otro, su designación será de la siguiente manera:
Juan Pérez Martínez, padre y en caso de muerte de éste a María Rodríguez de Pérez, madre.
Juan Pérez Martínez, padre y en caso de muerte de éste a María Rodríguez de Pérez y Luis Alberto Pérez Rodríguez, madre y hermano en partes iguales.
4. Es necesario anotar los nombres y parentescos de los Beneficiarios en forma clara y correcta.

Advertencia:

En caso de que desee nombrar a 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.

Lo anterior por que 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 instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.