



FORMATO DE SOLICITUD DE CANCELACIÓN Y/O  
MODIFICACION DE BENEFICIOS ADICIONALES (6T)  
FONDO DE AYUDA SINDICAL

**SNTE**  
Sección 17  
Valle de Toluca

_____	_____
R.F.C.	Fecha (dd/mm/aaaa)
Clave Presupuestal	

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Lada Número

A través de la presente hago constar que deseo cancelar los siguientes beneficios adicionales:

CANCELACIÓN TOTAL                       CANCELACIÓN PARCIAL

Ampliación de beneficios de retiro y defunción:  
Solicito cancelación de: \_\_\_\_\_ módulo(s) con aportación de \$ \_\_\_\_\_  
A quedar ampliación por: \_\_\_\_\_ módulo(s) con aportación de \$ \_\_\_\_\_  
Solicito la devolución proporcional en caso de ser procedente.

Cáncer:  
Solicito cancelación de: \_\_\_\_\_ módulo(s) de cáncer con aportación de \$ \_\_\_\_\_  
A quedar beneficio con: \_\_\_\_\_ módulo(s) de cáncer con aportación de \$ \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enfermedades Graves:  
Solicito cancelación del beneficio con aportación de \$ \_\_\_\_\_

Motivo de cancelación:

Con el fin de mejorar nuestro servicio, le agradeceremos nos indique los motivos que lo llevaron a usted a cancelar algún(los) beneficio(s) adicional(es) del concepto 6T:

- Falta de liquidez
- El beneficio no es lo que esperaba
- Falta de claridad del asesor
- Por así convenir a mis intereses
- Otro; especificar: \_\_\_\_\_

Nombre completo y firma del Agremiado

Hago constar que estoy consciente de que mediante la realización de este trámite, decido invalidar los beneficios que indico en este documento, lo cual firmo de conformidad.

**(Formato para solicitar movimientos de su Póliza de seguro)**

Este documento deberá ser llenado con información correcta y **firmado por el Contratante o Asegurado** según aplique.  
**No será válido con tachaduras o enmendaduras.**

Fecha actual (dd/mm/aa)

/ /

**I. INFORMACIÓN GENERAL**

Número de orden de trabajo

Número de Póliza

Lugar de trabajo (dependencia)

Nombre del Contratante o Asegurado

RFC con homoclave

**II. TRÁMITE**

**Seleccione el trámite solicitado**

**VIDA**

- Retiro de ahorro.
- Retiro parcial de protección.
- Cambio o corrección de Beneficiarios.\*
- Endoso cesión de comisión.
- Rehabilitación o reactivación de Póliza.
- Eliminación o reducción de tiempos de espera.
- Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**AUTO**

- Modificación de tarjeta bancaria.
- Modificación de Beneficiario preferente.
- Modificación de conductor habitual.
- Modificación de periodicidad de pago.
- Adaptación de equipo especial.
- Devolución de primas no devengadas por pérdida total.
- Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**TODOS LOS RAMOS**

- Cancelación de Póliza.
- Devolución de Primas por cobro no reconocido.
- Cambio de datos generales del contratante.
- Reenvío de orden de pago.
- Reactivación de orden de pago.
- Modificación de conducto de cobro descuento por nomina a bancario.
- Actualización de tarjeta.
- Modificación de Beneficiario preferente.
- Aclaración de cobranza.

En caso de existir una modificación en la Póliza ingresa en los siguientes recuadros la leyenda:

Dice:

Debe decir:

\*En caso de cambio de Beneficiarios, completar lo siguiente:

Nombre completo	Porcentaje	Parentesco	Fecha de nacimiento	Domicilio (solo en caso de que sea diferente al del Contratante)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Nombre y firma del titular o Contratante

Nombre y firma del Asegurado

### III. ALTA DE CUENTAS BANCARIAS (EN CASO DE QUE PROCEDA UNA DEVOLUCIÓN)

Seleccione una de las siguientes opciones de pago y registre la información solicitada en la sección correspondiente

#### Opción 1 (recomendada)

Se realiza el pago a una cuenta CLABE de 18 dígitos que aparece impreso en el estado de cuenta o que es proporcionada por la sucursal del banco.

Cuenta CLABE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datos de contacto

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### Opción 2

Orden de pago

Para hacer efectivo el cobro de devolución, debe acudir a la institución bancaria que corresponda con una identificación oficial (INE, pasaporte vigente o cédula profesional) y las claves proporcionadas por GNP, a través de los siguientes medios:

Teléfono móvil:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**En caso de cancelación, devolución, retiro de ahorro o retiro parcial de protección se debe incluir adicional a este formato:**

- Identificación oficial del Contratante, legible y por ambos lados.
- En caso de que el Asegurado sea distinto al Contratante, también incluir identificación oficial.
- Copia del estado de cuenta bancario donde se pueda identificar el nombre del titular y número de cuenta correspondiente en el que se acredite la titularidad de la cuenta a la que va a realizarse la transferencia.

### IV. SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN Y FINIQUITO

Por el conducto indicado anteriormente solicito y autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. para que la devolución de prima que proceda a mi favor, me sea cubierto, de acuerdo a los datos proporcionados.

Al efectuarse la devolución de acuerdo a la forma seleccionada, por el monto que proceda, reconozco que se ha efectuado y otorgo a favor de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., el más amplio finiquito que en derecho proceda por dicha devolución.

Asimismo, estoy de acuerdo y autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., a retirar de la cuenta bancaria que proporciono en este formato, cualquier cantidad transferida en exceso a mi cuenta.

### V. DATOS PERSONALES

#### Aviso de Privacidad:

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](http://gnp.com.mx).

#### Datos personales:

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](http://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.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del titular



FORMATO DE SOLICITUD DE CANCELACIÓN Y/O  
MODIFICACION DE BENEFICIOS ADICIONALES (6T)  
FONDO DE AYUDA SINDICAL



C | A | L | I | 7 | 4 | 0 | 8 | 1 | 0 | 2 | 5 | 3      2 | 7 | 0 | 6 | 2 | 0 | 2 | 2  
R.F.C.      Fecha (dd/mm/aaaa)  
 0 | 1 | 7 | 1 | 5 | 0 | 7 | E | 0 | 4 | 6 | 3 | 2 | 6 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | | | |  
Clave Presupuestal

Nombre y Apellidos: Cardenas Lopez Isabel

Correo electrónico: cali@hotmail.com      Celular: 722 2183216  
Lada      Número

A través de la presente hago constar que deseo cancelar los siguientes beneficios adicionales:

CANCELACIÓN TOTAL       CANCELACIÓN PARCIAL

Ampliación de beneficios de retiro y defunción:  
 Solicito cancelación de: \_\_\_\_\_ módulo(s) con aportación de \$ \_\_\_\_\_  
 A quedar ampliación por: \_\_\_\_\_ módulo(s) con aportación de \$ \_\_\_\_\_  
 Solicito la devolución proporcional en caso de ser procedente.

Cáncer:  
 Solicito cancelación de: \_\_\_\_\_ módulo(s) de cáncer con aportación de \$ \_\_\_\_\_  
 A quedar beneficio con: \_\_\_\_\_ módulo(s) de cáncer con aportación de \$ \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Enfermedades Graves:  
 Solicito cancelación del beneficio con aportación de \$ \_\_\_\_\_

Motivo de cancelación:  
 Con el fin de mejorar nuestro servicio, le agradeceremos nos indique los motivos que lo llevaron a usted a cancelar algún(los) beneficio(s) adicional(es) del concepto 6T:

- Falta de liquidez
- El beneficio no es lo que esperaba
- Falta de claridad del asesor
- Por así convenir a mis intereses
- Otro; especificar: Por Jubilación

Isabel  
Isabel Cardenas Lopez

Nombre completo y firma del Agremiado

Hago constar que estoy consciente de que mediante la realización de este trámite, decido invalidar los beneficios que indico en este documento, lo cual firmo de conformidad.

**(Formato para solicitar movimientos de su Póliza de seguro)**

Este documento deberá ser llenado con información correcta y firmado por el **Contratante o Asegurado** según aplique.  
**No será válido con tachaduras o enmendaduras.**

Fecha actual (dd/mm/aa)

1 1

**I. INFORMACIÓN GENERAL**

Número de orden de trabajo

Número de Póliza

Lugar de trabajo (dependencia)

Nombre del Contratante o Asegurado

Claudia Janeth Gomez Mendoza

RFC con homoclave

90MC8210148J8

**II. TRÁMITE**

Seleccione el trámite solicitado

**VIDA**

- Retiro de ahorro.
- Retiro parcial de protección.
- Cambio o corrección de Beneficiarios.\*
- Endoso cesión de comisión.
- Rehabilitación o reactivación de Póliza.
- Eliminación o reducción de tiempos de espera.
- Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**AUTO**

- Modificación de tarjeta bancaria.
- Modificación de Beneficiario preferente.
- Modificación de conductor habitual.
- Modificación de periodicidad de pago.
- Adaptación de equipo especial.
- Devolución de primas no devengadas por pérdida total.
- Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**TODOS LOS RAMOS**

- Cancelación de Póliza.
- Devolución de Primas por cobro no reconocido.
- Cambio de datos generales del contratante.
- Reenvío de orden de pago.
- Reactivación de orden de pago.
- Modificación de conducto de cobro descuento por nomina a bancario.
- Actualización de tarjeta.
- Modificación de Beneficiario preferente.
- Aclaración de cobranza.

En caso de existir una modificación en la Póliza ingresa en los siguientes recuadros la leyenda:

Dice:

Debe decir:

\*En caso de cambio de Beneficiarios, completar lo siguiente:

Nombre completo	Porcentaje	Parentesco	Fecha de nacimiento	Domicilio (solo en caso de que sea diferente al del Contratante)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				



Claudia Janeth Gomez Mendoza  
 Nombre y firma del titular o Contratante



Claudia Janeth Gomez Mendoza  
 Nombre y firma del Asegurado

**III. ALTA DE CUENTAS BANCARIAS (EN CASO DE QUE PROCEDA UNA DEVOLUCIÓN)****Seleccione una de las siguientes opciones de pago y registre la información solicitada en la sección correspondiente****Opción 1 (recomendada)** Cuenta CLABE

Se realiza el pago a una cuenta CLABE de 18 dígitos que aparece impreso en el estado de cuenta o que es proporcionada por la sucursal del banco.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datos de contacto

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Opción 2** Orden de pago

Para hacer efectivo el cobro de devolución, debe acudir a la institución bancaria que corresponda con una identificación oficial (INE, pasaporte vigente o cédula profesional) y las claves proporcionadas por GNP, a través de los siguientes medios:

Teléfono móvil:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**En caso de cancelación, devolución, retiro de ahorro o retiro parcial de protección se debe incluir adicional a este formato:**

- Identificación oficial del Contratante, legible y por ambos lados.
- En caso de que el Asegurado sea distinto al Contratante, también incluir identificación oficial.
- Copia del estado de cuenta bancario donde se pueda identificar el nombre del titular y número de cuenta correspondiente en el que se acredite la titularidad de la cuenta a la que va a realizarse la transferencia.

**IV. SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN Y FINIQUITO**

Por el conducto indicado anteriormente solicito y autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. para que la devolución de prima que proceda a mi favor, me sea cubierto, de acuerdo a los datos proporcionados.

Al efectuarse la devolución de acuerdo a la forma seleccionada, por el monto que proceda, reconozco que se ha efectuado y otorgo a favor de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., el más amplio finiquito que en derecho proceda por dicha devolución. Asimismo, estoy de acuerdo y autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., a retirar de la cuenta bancaria que proporciono en este formato, cualquier cantidad transferida en exceso a mi cuenta.

**V. DATOS PERSONALES****Aviso de Privacidad:**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](http://gnp.com.mx).**Datos personales:**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](http://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.

Claudia Janeth Gomez Mendoza

Nombre y firma del titular