

Domiciliación Bancaria

Exclusivamente para cuentas de cheques en moneda nacional-personas físicas.

Fecha de Solicitud

No. de Pólizas (sólo en caso de que ya haya sido emitida)		Ramo			
		<input type="checkbox"/> GMM	<input type="checkbox"/> Daños	<input type="checkbox"/> Autos	<input type="checkbox"/> Prima <input type="checkbox"/> Aportación
<p>Autorizo a la Institución Bancaria antes señalada (en lo sucesivo "El Banco Receptor") para que realice por mi cuenta el(los) pago(s) por el concepto que en este documento se detalla, con cargo a la cuenta bancaria identificada por la CLABE (Clave Bancaria Estandarizada) o número de tarjeta de débito indicado al rubro. Convengo en que El Banco Receptor queda liberado de toda responsabilidad si Grupo Nacional Provincial (en lo sucesivo "El Emisor") ejercitara acciones contra mí, derivados de la ley o el Contrato que tengamos celebrado, y que El Banco Receptor no estará obligado a efectuar ninguna reclamación al Emisor; ni interponer recursos de ninguna especie contra multas, sanciones o cobros indebidos, todo lo cual, en caso de ser necesario, será ejecutado por mí. El Banco Receptor tampoco será responsable si el Emisor no entrega oportunamente los comprobantes de servicio, o si los pagos se realizaran extemporáneamente por razones ajenas a El Banco, el cual tendrá absoluta libertad de cancelarme este servicio si en mi cuenta no existieran fondos suficientes para cubrir uno o más de los pagos que requiera El Emisor, o bien, ésta estuviera bloqueada por algún motivo. Estoy de acuerdo que el número de póliza puede cambiar anualmente por la administración de El Emisor. Asimismo, acepto que los cargos subsecuentes pueden ser variables de acuerdo al plan de seguro contratado. Del mismo modo, estoy de acuerdo en que se utilice este mismo conducto de cobro en las próximas renovaciones así como en los ajustes en la prima que correspondan. Para evitar la cancelación de mi póliza TODOS LOS CARGOS SERAN REALIZADOS AL INICIO DE LA VIGENCIA DE CADA PERIODO. Entiendo que me reservo el derecho de poder cancelar la póliza u optar por otro conducto de pago, cuando así lo desee, previa notificación por escrito a El Emisor con un mínimo de 30 días de anticipación al inicio de la vigencia del recibo con próximo vencimiento Si por cualquier causa la institución bancaria no reconoce el cargo que GNP pretende realizar a la Cuenta de Cheques y/o Tarjeta de Débito, correspondiente al cobro de la prima, el asegurado y/o contratante no quedará liberado del cumplimiento de su obligación de pago de la prima en terminos de lo previsto en las condiciones generales de la póliza de seguro y del artículo 40 de la Ley sobre el contrato de seguro, quedando GNP liberado de su obligación de cobro de la prima a través del canal que se establece en esta solicitud.</p>					
Nombre del contratante/asegurado (como se registra en la solicitud)				Teléfono o e-mail	
Nombre del cuentahabiente (en caso de ser diferente al contratante/asegurado)				Parentesco con el Asegurado	
CLABE (18 dígitos dato indispensable)			No. tarjeta de débito		Banco de la tarjeta de débito
<input type="checkbox"/> M.N.	Importe del cargo:		Importe del cargo con letra:		
<input type="checkbox"/> USD	\$				
Forma de pago			Tipo y No. de identificación Oficial		
<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> IFE No. _____	<input type="checkbox"/> Pasaporte No. _____
Nombre del agente				Clave del agente	
<p>Todos los cobros se realizarán en Moneda Nacional, en el caso de pólizas contratadas en dólares el cobro se hará de acuerdo al tipo de cambio establecido por Grupo Nacional Provincial en la fecha de cobro. El agente de seguros se obliga a verificar los datos del formato, responsabilizándose de la autenticidad de éstos, de acuerdo al art. 10 de la Ley de Títulos y Operaciones de Crédito.</p>					
<p>_____ Firma autorizada del Contratante</p> <p>Nota: Las devoluciones se realizarán al mismo número de tarjeta o chequera con la que se realizaron los cargos.</p>		<p>_____ Firma autorizada del Cuentahabiente</p> <p>El cuentahabiente está de acuerdo con los términos y condiciones que se establece en este canal de cobro de la prima, firmando de conformidad.</p>		<p>_____ Firma autorizada del Agente</p>	