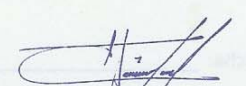


**CONSENTIMIENTO DE SEGURO DE GRUPO**

				Póliza No.		
				Certificado No.		
				Inicio de Vigencia desde las 0:00 hrs. del:		
				Día	Mes	Año
				Fecha de nacimiento		
				Día	Mes	Año
				Fecha de ingreso al Grupo Asegurado		
				Día	Mes	Año
<b>SUMA ASEGURADA O REGLA PARA DETERMINAR LA SUMA ASEGURADA</b>						
<b>ELIJA SÓLO UNA DE LAS SIGUIENTES FORMAS DE PAGO DE LA SUMA ASEGURADA</b>						
<input type="radio"/> Administración en Fideicomiso (llenar al reverso) Beneficiario: Fideicomiso GNP No. FI015-023-00 (100%)						
<input type="radio"/> Pago Único Beneficiarios:						
Nombre completo				Parentesco		Porcentaje de Suma Asegurada
<b>BENEFICIARIO CONTINGENTE (en caso del fallecimiento de todos los anteriores antes que el Asegurado)</b>						
						100%
En caso de haber llenado esta parte, se tomarán estas personas como los beneficiarios del seguro, por lo que el Fideicomiso quedará nulo aún cuando se haya requisitado.						
<b>Advertencia:</b> En caso de que desee nombrar 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 porque 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 el 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 nombre Beneficiario al mayor de edad, que en todo caso sólo tendría una obligación moral, que es la designación que hace de Beneficiarios en su Contrato de Seguro le concede.						
Doy mi consentimiento para formar parte del Seguro de Grupo de Vida 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. Así mismo autorizo a los médicos y hospitales que me hayan asistido para que proporcionen a GNP todos los informes que se refieren a mi salud.						
Firma del Contratante		Firma del Asegurado (En caso de ser menor de edad, también deberá firmar el Padre o Tutor)			Lugar y Fecha	
					 Grupo Nacional Provincial, S.A.	

# Fideicomiso

## CARTA DE ADHESIÓN AL FIDEICOMISO GNP número FI01S-023-00

El Asegurado (Fideicomitente por adhesión) instruye a GNP (Fiduciario) para que las cantidades que sean pagadas por la Póliza de Seguro de este consentimiento ingresen a este Fideicomiso y sean entregadas a los Beneficiarios (Fideicomisarios) que designa de acuerdo a la cobertura y condiciones que la póliza establece, mientras exista saldo en su fondo. En caso de incapacidad temporal o permanente de algún Beneficiario para recibir el pago, el Beneficiario Sustituto lo recibirá mientras dure la incapacidad.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS			DISTRIBUCIÓN DEL FONDO A CADA BENEFICIARIO		
Nombre y apellidos de los Beneficiarios	Parentesco con el Asegurado	% de la Suma Asegurada	Para pago de rentas mensuales		Entregar pago único en la fecha indicada a continuación:
			Deseo que mensualmente se pague la cantidad de:	Durante los años que indico a continuación:	
<b>Beneficiarios para la Cobertura por Fallecimiento</b>					
		%			
		%			
		%			
		%			
		%			
La suma de los porcentajes debe ser:		100%			
<b>Beneficiarios para la Cobertura por Invalidez</b>					
<b>El propio Asegurado</b>	<b>Mismo</b>	100%			
<p>Si algún Beneficiario fallece su parte se distribuirá proporcionalmente entre los sobrevivientes.</p> <p>Si al concluir el plazo de pago de rentas mensuales existe remanente en el fondo del Beneficiario, éste se le entregará en una sola exhibición. Las cantidades expresadas anteriormente se actualizan en enero de cada año con la inflación registrada para el año anterior.</p> <p>El Asegurado nombra al siguiente Beneficiario Sustituto y a sus suplentes, para recibir los pagos que correspondan a los Beneficiarios mientras sean menores de edad o se encuentren en estado de incapacidad para recibir el pago.</p>					
<b>Nombre y Apellidos</b>		<b>Teléfono</b>	<b>Domicilio</b>		
Sustituto					
Suplente 1					
Suplente 2					
Observaciones:					
<p>El Asegurado podrá actualizar estas instrucciones en cualquier momento, por conducto del Contratante; a su fallecimiento serán irrevocables.</p> <p>En caso de contar con otras pólizas de Seguro de Vida vigentes, aún y cuando éstas sean de otras aseguradoras, y desee que las Sumas Aseguradas sean aportadas al presente Fideicomiso, le solicitamos anexar para cada una de ellas lo siguiente:</p> <p>a) Copia fotostática de la carátula de la Póliza o Certificado.</p> <p>b) Endoso que modifique la designación original de Beneficiarios, con la siguiente declaración:</p> <p>"La Suma Asegurada será aportada al Fideicomiso FI01S-023-00, constituido en Grupo Nacional Provincial, S.A. y se pagará a mis Beneficiarios de acuerdo a las condiciones de ese Contrato de Fideicomiso y a mi Carta de Adhesión correspondiente".</p>					
Lugar y fecha: _____					
Nombre y Firma del Asegurado (Fideicomitente por adhesión)					