

|  |  |  |                                  |
|--|--|--|----------------------------------|
| Si requiere realizar otro tipo de movimiento a la póliza que no esté incluido en este formato, favor de utilizar la Solicitud de movimientos a la póliza (H107)  |  | <b>Póliza No.</b>  | <b>Fecha</b><br>día mes año      |
| <b>I. Cambio de plan</b>   |  |  |                                  |
| <input type="checkbox"/> Conexión Cien Mil<br><input type="checkbox"/> Conexión Sin Límite<br><input type="checkbox"/> Conexión GNP <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> Conexión Garantía <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> Conexión Plus <sup>1</sup> | Plan individual garantizado  | Círculo médico                   |
| Suma asegurada _____   |  | Deducible garantizado \$ _____   |                                  |
| Deducible en Exceso <sup>2,3</sup> _____   |  | Deducible garantizado (plan Versátil)<br><input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 200 <input type="radio"/> 300 <input type="radio"/> 400 |                                  |
| <b>Coberturas adicionales</b>  |  |  |                                  |
| <input type="checkbox"/> CAHD-Ampliación Hospitalaria Libre a: _____<br>(Aplica sólo Flexible)   | <input type="checkbox"/> CAHD-Ampliación Hospitalaria Definida a: _____<br>(Aplica sólo Flexible)              | <input type="checkbox"/> CECE- Enfermedades Catastróficas en el Extranjero   |                                  |
| <input type="checkbox"/> CEE- Emergencia en el Extranjero  |  |  |                                  |
| <b>NOTA:</b> Anexar la Solicitud de Seguro, si el cambio se realiza a un plan mayor tanto en la modalidad de Conexión como en el Plan Individual. En caso de solicitar un cambio de plan, considere que si existen reclamaciones abiertas, el pago de las mismas se realizará de acuerdo a las coberturas básicas, Suma asegurada y tabulador médico que resulte menor de entre el nuevo plan y el anterior; y el deducible y coaseguro que resulte mayor entre el nuevo plan y el anterior. |  |  |                                  |
| <b>II. Actualización de la Suma asegurada de la póliza de Colectivo (en un plazo no mayor a 90 días a partir del cambio)</b>   |  |  |                                  |
| Indique la nueva Suma asegurada (anexar documento que compruebe la información)  |  |  |                                  |
| <b>III. Cambio de póliza individual de GNP a Conexión</b>  |  |  |                                  |
| <input type="checkbox"/> Conexión Cien Mil<br><input type="checkbox"/> Conexión Sin Límite<br><input type="checkbox"/> Conexión GNP <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> Conexión Garantía <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> Conexión Plus <sup>1</sup> | Plan individual garantizado  | Círculo Médico                   |
| Suma asegurada _____   |  | Deducible garantizado \$ _____   |                                  |
| Deducible en Exceso <sup>2,3</sup> _____   |  | Deducible garantizado (plan Versátil)<br><input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 200 <input type="radio"/> 300 <input type="radio"/> 400 |                                  |
| Suma asegurada Póliza de Colectivo   | Aseguradora Póliza de Colectivo  | Actual compañía en la que labora   |                                  |
| <b>Coberturas adicionales</b>  |  |  |                                  |
| <input type="checkbox"/> CAHD- Ampliación Hospitalaria Libre a: _____<br>(Aplica sólo Flexible)  | <input type="checkbox"/> CAHD- Ampliación Hospitalaria Definida a: _____<br>(Aplica sólo Flexible)             | <input type="checkbox"/> CECE- Enfermedades Catastróficas en el Extranjero   |                                  |
| <input type="checkbox"/> CEE- Emergencia en el Extranjero  |  |  |                                  |
| Todos los solicitantes de Conexión deberán estar amparados por la misma Póliza de Colectivo. En caso de reclamación se tomará como deducible la Suma asegurada que se refleje en la póliza de Colectivo en ese momento; aplica solo para planes Conexión Cien Mil, Sin Límite, Garantía y Plus.  |  |  |                                  |
| <b>IV. Cambio de Conexión al plan individual garantizado por salida de Colectivo (en un plazo no mayor a 90 días)</b>  |  |  |                                  |
| Indique en el siguiente apartado la Suma asegurada, círculo médico, deducible y coaseguro de su plan individual, así como las coberturas adicionales.  |  |  |                                  |
| Suma asegurada   | Círculo médico   | Deducible  | Coaseguro (mayor o igual al 10%) |

[1] Opciones solo disponibles para planes Línea Azul VIP y Línea Azul Internacional.

[2] Opción disponible para planes; Premium, Platino, Flexible y Versátil CNSF.

[3] Opción disponible para Conexión GNP.

**Coberturas adicionales (en caso de contratar Respaldo Hospitalario y/o Fallecimiento anexar solicitud correspondiente)**

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> CECE- Enfermedades Catastróficas en el Extranjero                              | <input type="checkbox"/> CF - Cláusula Familiar  | <input type="checkbox"/> CAHL - Ampliación Hospitalaria Libre a: _____ (Aplica sólo Flexible)             |
| <input type="checkbox"/> CRH- Respaldo Hospitalario \$ _____ (Indemnización diaria por hospitalización) | <input type="checkbox"/> CCDA - Cero Deducible por Accidente   | <input type="checkbox"/> CEE - Emergencia en el Extranjero (Aplica sólo para Versátil, Premier 300 y 400) |
| <input type="checkbox"/> CRF- Respaldo por Fallecimiento  | <input type="checkbox"/> CAHD - Ampliación Hospitalaria Definida a: _____ (Aplica sólo Flexible)         | <input type="checkbox"/> CEC-N-Enfermedades Catastróficas Nacional (Aplica sólo para Premier 300)         |
| <input type="checkbox"/> CRDA - Reducción de Deducible por Accidente                                    | <input type="checkbox"/> CAMP - Cobertura de Ayuda para Maternidad Plus (Aplica solo para Versátil CNSF) |   |

**Declaración o cambio de beneficiarios para las coberturas de Respaldo por Fallecimiento (RF) y/o Respaldo Hospitalario (RH)**

**ADVERTENCIA:** En el caso de que desee nombrar como 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 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 tendría 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.

| Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios                           |                                  | Parentesco  |  |
|---|----------------------------------|---|--|
| Suma asegurada: _____ %   | Fecha de nacimiento: día mes año | Cobertura <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> RH |  |
| DOMICILIO (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Delegación o Municipio y Estado) |                                  | C. P.   |  |
|   |                                  |   |  |
| Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios                           |                                  | Parentesco  |  |
| Suma asegurada: _____ %   | Fecha de nacimiento: día mes año | Cobertura <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> RH |  |
| DOMICILIO (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Delegación o Municipio y Estado) |                                  | C. P.   |  |
|   |                                  |   |  |
| Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios                           |                                  | Parentesco  |  |
| Suma asegurada: _____ %   | Fecha de nacimiento: día mes año | Cobertura <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> RH |  |
| DOMICILIO (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Delegación o Municipio y Estado) |                                  | C. P.   |  |
|   |                                  |   |  |

**"Este documento solo constituye una Solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la institución de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la Solicitud".**

**CIERRE DE NEGOCIO - DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE (Leer antes de firmar)**

Toda la información de la presente solicitud, en especial las actividades e ingresos, serán considerados información necesaria para la apreciación del riesgo y para la aceptación, en su caso, de la cobertura contratada y la Suma asegurada correspondiente.

Se previene al Solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos tal y como los conozca o deba conocerlos en el momento de firmar, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se encuentre contenido en la solicitud para la apreciación del riesgo, podría originar la pérdida de derechos del Asegurado o del(los) Beneficiario(s) en su caso.

En caso de cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos importantes, la Compañía de Seguros tiene la facultad de rescindir de pleno derecho el Contrato celebrado y de abstenerse de realizar cualquier pago (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). -Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx-

En caso de que en el futuro el(los) Solicitante(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Será una agravación esencial del riesgo, por lo que cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Cliente(s) o Beneficiario(s), en los términos del Art. 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o su(s) nacionalidad(es) es(son) publicado(s) en alguna lista emitida en términos de la disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o disposición Septuagésima Séptima del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros -Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx-. En su caso, las obligaciones del Contrato serán restauradas una vez que la aseguradora tenga conocimiento de que el nombre del(los) Solicitante(s), Beneficiario(s) o Contratante(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Compañía pondrá a disposición ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de seguro, pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será puesta a disposición de la autoridad correspondiente.

Por lo anterior, en mi carácter de Solicitante Titular y/o Contratante y en representación de los Solicitantes, bajo protesta de decir verdad, declaro que todos los hechos aquí mencionados son verídicos y estoy de acuerdo en que con base en ellos, la Aseguradora valorará el riesgo a contratar.

Autorizo a los médicos, hospitales o clínicas que me hayan asistido o llegaran a asistir, o a los que hubiera tenido acceso o llegara a acceder para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad y, para el efecto, relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional, aceptando que se proporcione a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., la información requerida.

Asimismo, autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado Pólizas, para que proporcionen a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de esta Solicitud y, a su vez, a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. para que proporcione a cualquier otra empresa del ramo, la información que se derive de esta Solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto que pueda evaluar cualquier otra propuesta de contratación de Seguro del ramo que le sea solicitada por mi persona y en ningún momento para fines de comercialización o mercadotecnia de productos o servicios.

La información señalada en este apartado, podrá ser requerida por Grupo Nacional Provincial, S.A.B. en cualquier momento para la valoración de esta solicitud y en caso de la aceptación del riesgo, para la valoración de la procedencia de los siniestros relacionados con su Contrato de Seguro. Asimismo, reconozco que los padecimientos preexistentes no quedarán cubiertos en la Póliza, aunque sean declarados en la presente Solicitud, considerando este documento como parte integrante de mi Contrato para todos los efectos a que haya lugar.

**Se consideran padecimientos preexistentes, de acuerdo a las Condiciones generales, apartado de Definiciones, aquellos que hayan sido declarados antes de la celebración del Contrato, y/o; que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, a través del diagnóstico de un médico legalmente autorizado, y/o; que sean diagnosticados con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o; por el que previamente a la fecha de celebración del Contrato, el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento que se trate.**

**CIERRE DE NEGOCIO - DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE (Leer antes de firmar)**

Estoy de acuerdo que, en caso de ser aceptada esta Solicitud, la Póliza y la versión actual de la misma forman parte y constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Solicitante Titular y/o Contratante y Grupo Nacional Provincial, S.A.B.

Declaro bajo protesta de decir verdad que la contratación descrita en la presente Solicitud se realiza con recursos propios, de origen lícito y únicamente en beneficio del Solicitante Titular y/o Contratante descrito en este documento. Lo anterior de conformidad con las Disposiciones en materia de Prevención de Lavado de Dinero o en materia de Identificación de Clientes, según corresponda.

NOTA: Si ha estado asegurado con otras Compañías y requiere reducir o eliminar los Periodos de Espera, anexe a esta Solicitud la Carátula de la Póliza en donde se indique la antigüedad de cada Asegurado, Condiciones de Aseguramiento y el Comprobante de Pago de la misma.

*El Solicitante y/o Contratante declara(n) que le(s) fue explicado el contenido de las Condiciones generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que se refiere a sus derechos básicos, Coberturas, Exclusiones, Periodos de Espera, Cláusulas generales y/o Particulares las cuales conoce(n), entiende(n) y acepta(n) como parte integrante del Contrato a que se refiere este documento en términos del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro (Precepto legal disponible en [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx)), mismas que han sido entregadas y las cuales serán aplicables al Contrato de Seguro en caso de la aceptación del riesgo. Las exclusiones y limitantes pueden ser consultadas en las Condiciones generales del Contrato de Seguro y tiene(n) conocimiento que las Condiciones generales del Contrato de Seguro también se encuentran en la página [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx), puede(n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando a nuestra línea directa de atención a clientes, Línea GNP al 55 5227 9000 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.*

**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 para evaluar su solicitud de seguro y en caso de ser aceptada brindarle los servicios relacionados con su contrato. Puede consultar la versión integral del Aviso de Privacidad en [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx) o en el teléfono 55 5227 9000 a nivel nacional.

Reconozco que se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., mismo que contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles y autorizo su tratamiento por parte de GNP. Asimismo se me informó que puedo consultar dicho aviso y sus actualizaciones en cualquier momento en la página [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx) o en el teléfono 55 5227 9000 a nivel nacional. 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.

| SOLICITANTE TITULAR<br>(y de su Representante Legal si es menor de edad) | CONTRATANTE<br>(Solo si es diferente al Solicitante) |
|--|--|
| Nombre y firma   | Nombre y firma                                       |

**IMPORTANTE**

Información requerida para efectos de los artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y artículos relativos.-Precepto(s) legal(es) disponible(s) en [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx)-.

¿Tiene o ha tenido nexos o vínculos con la delincuencia organizada; o ha sido sujeto a procedimiento legal o investigación por los delitos establecidos en el Código Penal Federal relativos a la delincuencia organizada, en territorio nacional o extranjero, por alguna autoridad de México o por alguna autoridad extranjera cuyo gobierno tenga celebrado con México tratado internacional; o ha estado su nombre, alias o apodo, sus actividades, los bienes a asegurar o su nacionalidad, publicados en una lista oficial, nacional o extranjera, relativa a los delitos vinculados con los artículos anteriormente citados?

| SI            | NO      | SI            | NO      | SI            | NO      | SI            | NO      |
|---------------|---------|---------------|---------|---------------|---------|---------------|---------|
| Solicitante 1 | [ ] [ ] | Solicitante 2 | [ ] [ ] | Solicitante 3 | [ ] [ ] | Solicitante 4 | [ ] [ ] |

En caso de respuesta afirmativa, especificar respuesta:

| AGENTE(S)  |          |       |   |                   |              |                           |
|--|----------|-------|---|-------------------|--------------|---------------------------|
| CUA  | CONTRATO | FOLIO | D.A.  | NOMBRE DEL AGENTE | DISTRIBUCIÓN | FIRMA DEL AGENTE          |
|  |          |       |   |                   | %            |                           |
|  |          |       |   |                   | %            |                           |
| ¿DESDE CUÁNDO CONOCE AL SOLICITANTE?<br>(mm/aaaa)  |          |       | ¿RECOMIENDA AL SOLICITANTE, TANTO POR SU ASPECTO SALUDABLE COMO POR SU MORALIDAD, HÁBITOS Y REPUTACIÓN? |                   |              |                           |
|  |          |       | <input type="radio"/> Si lo recomiendo<br><input type="radio"/> No lo recomiendo                        |                   |              |                           |
| <p>El Agente que suscribe, realizó una entrevista personal con el Contratante o Representante Legal que solicita el presente Seguro, con la finalidad de obtener los datos personales que fueron asentados en esta Solicitud y validar la identificación oficial exhibida por éste.</p> <p>Bajo protesta de decir verdad, he entregado el Folleto de los Derechos Básicos, he informado al(los) Solicitante(s) de manera clara, amplia y detallada sobre el alcance real de las coberturas, las principales características del producto, la forma de conservarlo o darlo por terminado, su vigencia, los términos establecidos en el Contrato, su renovación y las consecuencias de la rehabilitación. (Artículo 96 Ley Instituciones de Seguros y de Fianzas). -Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx-</p> <p>Asimismo, declaro haber verificado la veracidad de los datos proporcionados y que se han incluido en este formato, siendo llenado de puño y letra mismos que cotejé con los documentos originales que tuve a la vista y que me fueron exhibidos por parte del(los) Solicitante(s) y Contratante.</p> |          |       |   |                   |              |                           |
|  |          |       |   |                   |              | <b>FIRMA DEL AGENTE</b>   |
|  |          |       |   |                   |              | <b>FECHA (dd/mm/aaaa)</b> |

**UNE**

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 Av. Cerro de las Torres #395, Colonia Campestre Churubusco, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04200; o bien comunicarse a nuestra línea directa de atención a clientes, Línea GNP al 55 5227 9000 o bien al correo electrónico: [unidad.especializada@gnp.com.mx](mailto:unidad.especializada@gnp.com.mx)

**FIRMAS**

Bajo protesta de decir verdad, declaro que el contenido de la presente solicitud es cierta y, bajo el principio de la buena fe, he (hemos) llenado el formato de mi (nuestro) puño y letra.

| SOLICITANTE TITULAR<br>(y de su Representante Legal si es menor de edad) | CONTRATANTE<br>(Solo si es diferente al Solicitante) |
|--|--|
| Nombre y firma   | Nombre y firma                                       |

**“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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 14 de abril de 2021, con el número CNSF-S0043-0166-2021/CONDUSEF-004816-02”.**