

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)

Póliza No.

Fecha

día mes año

I. Cambio de plan

<input type="checkbox"/> Conexión Cien Mil <input type="checkbox"/> Conexión Sin Límite Suma Asegurada* _____	<input type="checkbox"/> Conexión Garantía <input type="checkbox"/> Conexión Plus*	Plan individual garantizado	Círculo médico	Deducible garantizado
---	---	-----------------------------	----------------	-----------------------

Nota: Anexar la Solicitud de Seguro, si el cambio se realiza a un plan mayor tanto en la modalidad de Conexión Línea Azul 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.

II. Actualización de la Suma Asegurada de la póliza de Colectivo (en un plazo no mayor a 90 días a partir del cambio)

Indique la nueva suma asegurada (anexar documento que compruebe la información)

III. Cambio de póliza individual de GNP a Conexión Línea Azul

<input type="checkbox"/> Conexión <input type="checkbox"/> Línea Azul Suma Asegurada _____	<input type="checkbox"/> Garantía <input type="checkbox"/> Plus	Plan individual garantizado	Círculo Médico	Deducible garantizado
Suma Asegurada Póliza de Colectivo	Aseguradora Póliza de Colectivo	Actual compañía en la que labora		

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.

IV. Cambio de Conexión Línea Azul al plan individual garantizado por salida de Colectivo (en un plazo no mayor a 90 días)

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%)
----------------	----------------	-----------	----------------------------------

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"/> CRH- Respaldo Hospitalario \$ _____ (Indemnización diaria por hospitalización) <input type="checkbox"/> CRH- Respaldo por Fallecimiento	<input type="checkbox"/> CSF- Salud Familiar <input type="checkbox"/> CCDA- Cero deducible por accidente <input type="checkbox"/> CAHD- Ampliación Hospitalaria Definida a: _____	<input type="checkbox"/> CAHD- Ampliación Hospitalaria Libre a: _____ (Aplica sólo Flexible) <input type="checkbox"/> CEE- Emergencia en el Extranjero (Aplica sólo para Premier 300 y 400) <input type="checkbox"/> CEC-N- Enfermedades Catastróficas Nacional
---	---	---

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

Advertencia: En caso 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 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.

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.	
CONSENTIMIENTO	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:						
	SOLICITANTE TITULAR (y de su Representante Legal si es menor de edad)				CONTRATANTE (Solo si es diferente al Solicitante)		
	<input type="radio"/> Si consiento dicho tratamiento <input type="radio"/> No consiento dicho tratamiento				<input type="radio"/> Si consiento dicho tratamiento <input type="radio"/> 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 disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta.						
FIRMAS	SOLICITANTE TITULAR (y de su Representante Legal si es menor de edad)				CONTRATANTE (Solo si es diferente al Solicitante)		
	Nombre y firma				Nombre y firma		
AGENTE(S)	CUA	CONTRATO	FOLIO	D.A.	NOMBRE DEL AGENTE	DISTRIBUCIÓN	FIRMA DEL AGENTE
						%	
						%	
	¿DESDE CUÁNDO CONOCE AL SOLICITANTE? (mm/aaaa)			¿RECOMIENDA AL SOLICITANTE, TANTO POR SU ASPECTO SALUDABLE COMO POR SU MORALIDAD, HÁBITOS Y REPUTACIÓN? <input type="radio"/> Si lo recomiendo <input type="radio"/> No lo recomiendo			
	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.						
Bajo protesta de decir verdad, he informado al(los) Solicitante(s), de manera amplia y detallada sobre el alcance real de la cobertura y la forma de conservarla o darla por terminada, así como de la veracidad de los datos proporcionados y que se han incluido en este formato (Artículo 96 Ley Instituciones de Seguros y de Fianzas). Asimismo, me consta que el contenido de la misma fue llenado de puño y letra por parte del(los) Solicitante(s) y Contratante.						FIRMA DEL AGENTE	
Nota: Es indispensable contar con ambas rúbricas y no se aceptará el formato con firmas "por ausencia" o "por poder".							