

| | | | |
|--|---|----------------------------------|------------------------------------|
| 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 dd/mm/aaaa |
| I. Cambio de plan | | | |
| Conexión Cien Mil <input type="radio"/> Conexión Plus ¹ <input type="radio"/> Conexión GNP ² <input type="radio"/> | Conexión Sin Límite <input type="radio"/> Conexión Garantía ¹ <input type="radio"/> | Suma asegurada | Deducible en Exceso ^{2,3} |
| Plan individual garantizado | Círculo médico | Deducible garantizado | |
| | | \$ | |
| Deducible garantizado (plan Versátil) 100 <input type="radio"/> 200 <input type="radio"/> 300 <input type="radio"/> 400 <input type="radio"/> | | | |
| Coberturas adicionales | | | |
| Ampliación Hospitalaria Libre a: _____ <input type="radio"/> Enfermedades Catastróficas en el Extranjero <input type="radio"/> (Aplica sólo Flexible) Ampliación Hospitalaria Definida a: _____ <input type="radio"/> Emergencia Médica en el Extranjero <input type="radio"/> (Aplica sólo Flexible) | | | |
| NOTA: 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. | | | |
| 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 | | | |
| Conexión Cien Mil <input type="radio"/> Conexión Plus ¹ <input type="radio"/> Conexión GNP ² <input type="radio"/> | Conexión Sin Límite <input type="radio"/> Conexión Garantía ¹ <input type="radio"/> | Suma asegurada | Deducible en Exceso ^{2,3} |
| Plan individual garantizado | Círculo médico | Deducible garantizado | |
| | | \$ | |
| Deducible garantizado (plan Versátil) 100 <input type="radio"/> 200 <input type="radio"/> 300 <input type="radio"/> 400 <input type="radio"/> | | | |
| Suma asegurada Póliza de Colectivo | Aseguradora Póliza de Colectivo | Actual compañía en la que labora | |
| Coberturas adicionales | | | |
| Ampliación Hospitalaria Libre a: _____ <input type="radio"/> Enfermedades Catastróficas en el Extranjero <input type="radio"/> (Aplica sólo Flexible) Ampliación Hospitalaria Definida a: _____ <input type="radio"/> Emergencia Médica en el Extranjero <input type="radio"/> (Aplica sólo Flexible) | | | |
| 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. | | | |
| IV. Cambio de Conexión 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%) |

[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 | | | |
|---|-----------------------|---|-----------------------|
| Ampliación Hospitalaria Definida a: _____ (Aplica sólo Flexible) | <input type="radio"/> | Enfermedades Catastróficas en el Extranjero | <input type="radio"/> |
| Ampliación Hospitalaria Libre a: _____ (Aplica sólo Flexible) | <input type="radio"/> | Respaldo Hospitalario | <input type="radio"/> |
| Ayuda para Maternidad Plus (Aplica solo para Versátil CNSF) | <input type="radio"/> | Enfermedades Catastróficas Nacional (Aplica sólo para Premier 300) | <input type="radio"/> |
| Cero Deducible por Accidente | <input type="radio"/> | Reducción de Deducible por Accidente | <input type="radio"/> |
| Cláusula Familiar | <input type="radio"/> | Respaldo por Fallecimiento | <input type="radio"/> |
| Emergencia Médica en el Extranjero | <input type="radio"/> | Respaldo Hospitalario | <input type="radio"/> |
| (Aplica sólo para Versátil, Premier 300 y 400) | | \$ _____ (Indemnización diaria por hospitalización) | |

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: dd/mm/aaaa | Cobertura RF <input type="radio"/> RH <input type="radio"/> |
| DOMICILIO (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Delegación o Municipio y Estado) | | |

| Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios | | Parentesco |
|---|---------------------------------|---|
| Suma asegurada: _____ % | Fecha de nacimiento: dd/mm/aaaa | Cobertura RF <input type="radio"/> RH <input type="radio"/> |
| DOMICILIO (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Delegación o Municipio y Estado) | | |

| Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de los beneficiarios | | Parentesco |
|---|---------------------------------|---|
| Suma asegurada: _____ % | Fecha de nacimiento: dd/mm/aaaa | Cobertura RF <input type="radio"/> RH <input type="radio"/> |
| DOMICILIO (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Delegación o Municipio y Estado) | | |

"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".

Datos personales y consentimiento

Reconozco que previo a proporcionar mis datos personales, incluyendo los del (los) menor(es) de edad de los cuales ostentó la patria potestad y/o debida representación legal o tutela (en caso de aplicar), 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 declaro tener 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 **gnp.com.mx**. Por lo anterior, y una vez que he sido informado sobre el tratamiento al que serán sujetos los datos personales de identificación, patrimoniales y sensibles, en mi carácter de Titular otorgo mi consentimiento expreso y por escrito de manera libre, inequívoca e informada, para que Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (en adelante GNP) los trate en términos de lo señalado en el referido Aviso de Privacidad, así mismo para que los transfiera a mi agente de seguros o corredor que intermedio mi póliza (en adelante El Agente) a través de los medios de contacto que hayan sido proporcionados a la aseguradora relacionados con el contrato de seguro con la finalidad de dar cumplimiento a la relación jurídica con GNP. 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 o de quien(es) ostente(n) la patria potestad y/o debida representación legal o tutela, así como haberles informado los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta. Entiendo que el consentimiento para el tratamiento de los datos personales no será necesario cuando la finalidad del tratamiento sea cumplir obligaciones derivadas de la relación jurídica que en su caso se establezca. Asimismo, declaro que se me informó que, con la autorización de la transferencia de mis datos personales mencionados, El Agente será responsable de dicho tratamiento y quien deberá informarme a través de su Aviso de Privacidad, el tratamiento que le dará a los mismos.

| Solicitante Titular (y de su Representante Legal si es menor de edad) | Contratante (Solo si es diferente al Solicitante Titular) |
|---|---|
| Nombre y firma | Nombre y firma |

Datos del Agente

| | | | |
|-------|----------|-------|------|
| CUA | Contrato | Folio | D.A. |
| Firma | | | |

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, por los siguientes medios: Llamando al teléfono 55 5227 9000 para la Ciudad de México e Interior de la República o Enviando correo electrónico a la dirección: unidad.especializada@gnp.com.mx; o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, al teléfono 55 5340 0999 para la Ciudad de México e Interior de la República, al correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o visite la página condusef.gob.mx.

| Firmas | |
|--|--|
| Bajo protesta de decir verdad y por el principio de la buena fe, en mi carácter de Solicitante Titular y/o Contratante y en representación de los Solicitantes, declaro que el contenido de la presente solicitud es cierta y estoy de acuerdo en que con base a lo declarado la Aseguradora valorará el riesgo a contratar. | |
| 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 |

“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 07 de febrero de 2025, con el número CNSF-S0043-0041-2025/CONDUSEF-005180-08”.