

Por favor, llene este documento con letra de molde y tinta negra. No omita ningún dato ni utilice abreviaturas. Esta Solicitud no será válida si presenta tachaduras o enmendaduras.

SOLICITANTE TITULAR			
CÓDIGO DE CLIENTE ⁺	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)

[+] Si cuenta con él.

BENEFICIARIO	SOLICITANTE RELACIONADO		COBERTURA	
			RH	% RF %
	CÓDIGO DE CLIENTE ⁺	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)
	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DOMICILIO (Calle, número exterior, número interior y colonia) C.P.	
	(dd/mm/aaaa)	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M		

[+] Si cuenta con él.

BENEFICIARIO	SOLICITANTE RELACIONADO		COBERTURA	
			RH	% RF %
	CÓDIGO DE CLIENTE ⁺	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)
	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DOMICILIO (Calle, número exterior, número interior y colonia) C.P.	
	(dd/mm/aaaa)	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M		

[+] Si cuenta con él.

BENEFICIARIO	SOLICITANTE RELACIONADO		COBERTURA	
			RH	% RF %
	CÓDIGO DE CLIENTE ⁺	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)
	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DOMICILIO (Calle, número exterior, número interior y colonia) C.P.	
	(dd/mm/aaaa)	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M		

[+] Si cuenta con él.

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), 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, puede(n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando a nuestra línea directa de atención a clientes, Línea GNP al (55) 52 27 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.

“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 25 de marzo de 2021, con el número CGEN-S0043-0031-2021/CONDUSEF-G-00716-006”.

402098-SGM31012020

 FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

Por favor, llene este documento con letra de molde y tinta negra. No omita ningún dato ni utilice abreviaturas. Esta Solicitud no será válida si presenta tachaduras o enmendaduras.

SOLICITANTE TITULAR			
CÓDIGO DE CLIENTE*	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)

[+] Si cuenta con él.

OCUPACIÓN	NO. SOLICITANTE	OCUPACIÓN
	¿ADICIONALMENTE, SE DEDICA O TRABAJA ACTUALMENTE EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?	
	- Labores administrativas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	- Operador de maquina pesada	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	- Trabaja con explosivos, solventes, productos químicos peligrosos o sustancias radioactivas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	- Visita o asiste a obras o construcciones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	- Utiliza, maneja o su trabajo está relacionado con el uso o portación de armas de fuego, seguridad o rescate	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	- Su actividad es agrícola con uso de fertilizantes, pesticidas, herbicidas, etc.	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	- Utiliza motocicleta	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	- Viaja en aviones particulares más de 40 horas anuales	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

NOTA: En caso de respuesta afirmativa sobre Motociclismo y Aviación, por favor anexe el Cuestionario correspondiente.

OCUPACIÓN	NO. SOLICITANTE	OCUPACIÓN
	¿ADICIONALMENTE, SE DEDICA O TRABAJA ACTUALMENTE EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?	
	- Labores administrativas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	- Operador de maquina pesada	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	- Trabaja con explosivos, solventes, productos químicos peligrosos o sustancias radioactivas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	- Visita o asiste a obras o construcciones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	- Utiliza, maneja o su trabajo está relacionado con el uso o portación de armas de fuego, seguridad o rescate	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	- Su actividad es agrícola con uso de fertilizantes, pesticidas, herbicidas, etc.	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	- Utiliza motocicleta	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	- Viaja en aviones particulares más de 40 horas anuales	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

NOTA: En caso de respuesta afirmativa sobre Motociclismo y Aviación, por favor anexe el Cuestionario correspondiente.

DEPORTE	NO. SOLICITANTE	DEPORTE DE MANERA AMATEUR	FRECUENCIA	
				<input type="radio"/> Hasta 3 veces a la semana
			<input type="radio"/> Hasta 3 veces a la semana	<input type="radio"/> Más de 3 veces a la semana
			<input type="radio"/> Hasta 3 veces a la semana	<input type="radio"/> Más de 3 veces a la semana
			<input type="radio"/> Hasta 3 veces a la semana	<input type="radio"/> Más de 3 veces a la semana
			<input type="radio"/> Hasta 3 veces a la semana	<input type="radio"/> Más de 3 veces a la semana
DEPORTE	NO. SOLICITANTE	DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL (QUE PERCIBE ALGUNA REMUNERACIÓN)		

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), 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, puede(n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando a nuestra línea directa de atención a clientes, Línea GNP al (55) 52 27 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.

“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 25 de marzo de 2021, con el número CGEN-S0043-0031-2021/CONDUSEF-G-00716-006”.

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

Por favor, llene este documento con letra de molde y tinta negra. No omita ningún dato ni utilice abreviaturas. Esta Solicitud no será válida si presenta tachaduras o enmendaduras.

SOLICITANTE TITULAR			
CÓDIGO DE CLIENTE*	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)

[+] Si cuenta con él.

INFORMACIÓN MÉDICA	NO. SOLICITANTE	NO. PREGUNTA	NOMBRE DEL PADECIMIENTO	TIPO DE EVENTO <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Accidente
	FECHA DE INICIO	TIPO DE TRATAMIENTO <input type="radio"/> Quirúrgico <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Psicológico <input type="radio"/> Rehabilitación <input type="radio"/> Quimioterapia <input type="radio"/> En observación <input type="radio"/> Radioterapia <input type="radio"/> Trasplante		
	¿ESTUVO HOSPITALIZADO?	¿QUEDO CON ALGUNA COMPLICACIÓN?		
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿Cuál?	
	¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?	ESTADO ACTUAL DE SALUD		<input type="radio"/> Sano <input type="radio"/> En tratamiento
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿Cuál?		
	NO. SOLICITANTE	NO. PREGUNTA	NOMBRE DEL PADECIMIENTO	TIPO DE EVENTO <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Accidente
	FECHA DE INICIO	TIPO DE TRATAMIENTO <input type="radio"/> Quirúrgico <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Psicológico <input type="radio"/> Rehabilitación <input type="radio"/> Quimioterapia <input type="radio"/> En observación <input type="radio"/> Radioterapia <input type="radio"/> Trasplante		
	¿ESTUVO HOSPITALIZADO?	¿QUEDO CON ALGUNA COMPLICACIÓN?		
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿Cuál?	
	¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?	ESTADO ACTUAL DE SALUD		<input type="radio"/> Sano <input type="radio"/> En tratamiento
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿Cuál?		
	NO. SOLICITANTE	NO. PREGUNTA	NOMBRE DEL PADECIMIENTO	TIPO DE EVENTO <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Accidente
	FECHA DE INICIO	TIPO DE TRATAMIENTO <input type="radio"/> Quirúrgico <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Psicológico <input type="radio"/> Rehabilitación <input type="radio"/> Quimioterapia <input type="radio"/> En observación <input type="radio"/> Radioterapia <input type="radio"/> Trasplante		
	¿ESTUVO HOSPITALIZADO?	¿QUEDO CON ALGUNA COMPLICACIÓN?		
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿Cuál?	
¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?	ESTADO ACTUAL DE SALUD		<input type="radio"/> Sano <input type="radio"/> En tratamiento	
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿Cuál?			
NO. SOLICITANTE	NO. PREGUNTA	NOMBRE DEL PADECIMIENTO	TIPO DE EVENTO <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Accidente	
FECHA DE INICIO	TIPO DE TRATAMIENTO <input type="radio"/> Quirúrgico <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Psicológico <input type="radio"/> Rehabilitación <input type="radio"/> Quimioterapia <input type="radio"/> En observación <input type="radio"/> Radioterapia <input type="radio"/> Trasplante			
¿ESTUVO HOSPITALIZADO?	¿QUEDO CON ALGUNA COMPLICACIÓN?			
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿Cuál?		
¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?	ESTADO ACTUAL DE SALUD		<input type="radio"/> Sano <input type="radio"/> En tratamiento	
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿Cuál?			

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), 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, puede(n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando a nuestra línea directa de atención a clientes, Línea GNP al (55) 52 27 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.

“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 25 de marzo de 2021, con el número CGEN-S0043-0031-2021/CONDUSEF-G-00716-006”.

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

Por favor, llene este documento con letra de molde y tinta negra. No omita ningún dato ni utilice abreviaturas. Esta Solicitud no será válida si presenta tachaduras o enmendaduras.

SOLICITANTE TITULAR			
CÓDIGO DE CLIENTE ⁺	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)

[+] Si cuenta con él.

SOLICITANTE ADICIONAL	NO. SOLICITANTE			
	CÓDIGO DE CLIENTE ⁺	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)
	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	R.F.C. ⁺	GÉNERO ○ F ○ M	PARENTESCO CON EL TITULAR
	OCUPACIÓN		PESO kg	ESTATURA m
	DOMICILIO (Si el Solicitante no vive en el mismo domicilio que el Titular)			C.P.

[+] Si cuenta con él.

OCUPACIÓN	¿ADICIONALMENTE, SE DEDICA O TRABAJA ACTUALMENTE EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?		
	- Labores administrativas	○ Si	○ No
	- Operador de maquina pesada	○ Si	○ No
	- Trabaja con explosivos, solventes, productos químicos peligrosos o sustancias radioactivas	○ Si	○ No
	- Visita o asiste a obras o construcciones	○ Si	○ No
	- Utiliza, maneja o su trabajo está relacionado con el uso o portación de armas de fuego, seguridad o rescate	○ Si	○ No
	- Su actividad es agrícola con uso de fertilizantes, pesticidas, herbicidas, etc.	○ Si	○ No
	- Utiliza motocicleta	○ Si	○ No
- Viaja en aviones particulares más de 40 horas anuales	○ Si	○ No	

NOTA: En caso de respuesta afirmativa sobre motociclismo y aviación, por favor anexe el cuestionario correspondiente.

INFORMACIÓN ADICIONAL	¿PRACTICA ALGÚN DEPORTE DE MANERA AMATEUR?		
	Deporte: _____	○ Hasta 3 veces a la semana	○ Más de 3 veces a la semana
	Deporte: _____	○ Hasta 3 veces a la semana	○ Más de 3 veces a la semana
	Deporte: _____	○ Hasta 3 veces a la semana	○ Más de 3 veces a la semana
	¿PRACTICA ALGÚN DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL? (QUE PERCIBE ALGUNA REMUNERACIÓN)		
	Deporte: _____		
	Deporte: _____		
¿CONSUME O HA CONSUMIDO ALGÚN TIPO DE ESTUPEFACIENTE O DROGA?		¿ESTÁ ACTUALMENTE EMBARAZADA? (Exclusivo para mujeres a partir de los 15 años)	
○ Si ○ No		○ Si ○ No	
¿FUMA O FUMÓ?		¿CUANTOS CIGARROS O PUROS AL DÍA?	¿CUÁNDO DEJO DE FUMAR?
○ Si ○ No			

NOTA: Para Automovilismo, Inmersiones Submarinas, Motociclismo, Cacería, Aviación y Paracaidismo, llene el Cuestionario correspondiente.

“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 25 de marzo de 2021, con el número CGEN-S0043-0031-2021/CONDUSEF-G-00716-006”.

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

INFORMACIÓN MÉDICA	En caso de respuesta afirmativa a alguna de las siguientes preguntas médicas, amplíe la información en el siguiente Apartado de esta Sección.	
	1.- ¿Algún Solicitante padece o ha padecido alguna enfermedad como hipertensión arterial, infarto, hepatitis, diabetes, epilepsia, esclerosis, fiebre reumática, SIDA, cáncer, tumores, enfermedades mentales, congénitas, inmunológicas, hematológicas u otras de tipo renal, pulmonar, neurológico o cardiovascular?	○ Si ○ No
	2.- ¿Algún Solicitante ha sido hospitalizado o le han hecho alguna cirugía por cualquier enfermedad o accidente o alteración congénita o reconstructiva o estética?	○ Si ○ No
	3.- ¿Algún Solicitante padece alguna otra enfermedad, trastorno o padecimiento de salud no referida en la pregunta número 1 y está en tratamiento o tiene programada atención médica o quirúrgica?	○ Si ○ No

INFORMACIÓN MÉDICA (Continuación)	NO. PREGUNTA	NOMBRE DEL PADECIMIENTO	TIPO DE EVENTO	
	FECHA DE INICIO	TIPO DE TRATAMIENTO	○ Enfermedad ○ Accidente	
	○ Quirúrgico ○ Médico ○ Psicológico ○ Rehabilitación ○ Quimioterapia ○ En observación ○ Radioterapia ○ Transplante			
	¿ESTUVO HOSPITALIZADO?	¿QUEDO CON ALGUNA COMPLICACIÓN?		
	○ Si ○ No	○ Si ○ No ¿Cuál?		
	¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?		ESTADO ACTUAL DE SALUD	
	○ Si ○ No ¿Cuál?		○ Sano ○ En tratamiento	
	NO. PREGUNTA	NOMBRE DEL PADECIMIENTO	TIPO DE EVENTO	
	FECHA DE INICIO	TIPO DE TRATAMIENTO	○ Enfermedad ○ Accidente	
	○ Quirúrgico ○ Médico ○ Psicológico ○ Rehabilitación ○ Quimioterapia ○ En observación ○ Radioterapia ○ Transplante			
	¿ESTUVO HOSPITALIZADO?	¿QUEDO CON ALGUNA COMPLICACIÓN?		
	○ Si ○ No	○ Si ○ No ¿Cuál?		
¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?		ESTADO ACTUAL DE SALUD		
○ Si ○ No ¿Cuál?		○ Sano ○ En tratamiento		
NO. PREGUNTA	NOMBRE DEL PADECIMIENTO	TIPO DE EVENTO		
FECHA DE INICIO	TIPO DE TRATAMIENTO	○ Enfermedad ○ Accidente		
○ Quirúrgico ○ Médico ○ Psicológico ○ Rehabilitación ○ Quimioterapia ○ En observación ○ Radioterapia ○ Transplante				
¿ESTUVO HOSPITALIZADO?	¿QUEDO CON ALGUNA COMPLICACIÓN?			
○ Si ○ No	○ Si ○ No ¿Cuál?			
¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?		ESTADO ACTUAL DE SALUD		
○ Si ○ No ¿Cuál?		○ Sano ○ En tratamiento		

NOTA: Si quiere más espacio para proporcionar información adicional, solicite un Anexo.

VIAJES	¿VIAJARÁ AL EXTRANJERO EN LOS PRÓXIMOS 6 MESES CON PERMANENCIA MAYOR A 3 MESES?		
	Fecha Inicio: _____	Fecha Fin: _____	Destino: _____

 FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

OTROS	¿REQUIERE CONVERSIÓN A INDIVIDUAL?	
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Póliza colectiva: Certificado:
	¿REQUIERE REDUCCIÓN DE PERIODOS DE ESPERA?	
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Nombre de la compañía procedente: ¹
	¿REQUIERE RIESGO SELECTO ² ?	
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Folio de Riesgo Selecto:	
¿REQUIERE LA COBERTURA DE AYUDA PARA MATERNIDAD PLUS?		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

[1] En caso de que la Compañía procedente no sea Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP), anexe la copia de la Póliza vigente y Recibo de Pago a esta Solicitud. [2] El beneficio de Riesgo Selecto aplica para Premium, Platino y Flexible, Línea Azul Internacional, Línea Azul VIP y Conexión Línea Azul para solicitantes de la Ciudad de México, Guadalajara, Monterrey, Cuernavaca, Morelia, Pachuca, Querétaro y Toluca que lleven a cabo el proceso establecido para la aplicación del cuestionario y de los estudios correspondientes para evaluar su estado de salud.

IMPORTANTE	Información requerida para efectos de los artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis de Código Penal Federal y artículos relativos -Precepto(s) legal(es) disponible(s) en 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 [<input type="checkbox"/>]	No [<input type="checkbox"/>]
En caso de respuesta afirmativa, especificar respuesta:		

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), 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, puede(n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando a nuestra línea directa de atención a clientes, Línea GNP al (55) 52 27 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.

“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 25 de marzo de 2021, con el número CGEN-S0043-0031-2021/CONDUSEF-G-00716-006”.

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR