

Solicitante titular Código de Cliente<sup>+</sup> Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Avenida Cerro de las Torres No. 395 Colonia Campestre Churubusco C.P. 04200, Ciudad de México R.F.C. GNP9211244P0

Primer apellido

### Anexo de la Solicitud de Seguro de Gastos Médicos - Beneficiarios -

No. Transacción Fecha (dd/mm/aaaa)

Nombre(s)

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.

Segundo apellido

[+] Si cuenta con é	l.				
Declaración de b	eneficiarios				
No. de solicitante que designa	Beneficiario: Primer apellido, Segundo apellido y Nombre(s)	Cobertura		Fecha de nacimiento	
1 0 2 0 3 0 4 0		RF% RH	_%	dd/mm/aaaa	
10 20 30 40	Domicilio (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Alcaldía o Municipio y Estado) F				
No. de solicitante que designa	Beneficiario: Primer apellido, Segundo apellido y Nombre(s)	Cobertura		Fecha de nacimiento	
10 20 30 40		RF% RH	_%	dd/mm/aaaa	
10 20 30 40	Domicilio (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Alcaldía	o Municipio y Estado)	Pa	rentesco	
No. de solicitante que designa	Beneficiario: Primer apellido, Segundo apellido y Nombre(s)	Cobertura		Fecha de nacimiento	
10 20 30 40		RFO% RHO	_%	dd/mm/aaaa	
			_		

El Solicitante y/o Contratante declara(n) que le(s) fue explicado el contenido de las Condiciones generales del Contrato de seguro, que aplicarán en caso de la aceptación del riesgo por parte de GNP Seguros, mismas que han sido entregadas a la firma de esta solicitud.

Domicilio (Calle, Número Exterior, Número Interior, Colonia, Alcaldía o Municipio y Estado) Parentesco

Asimismo, las exclusiones y limitantes pueden ser consultadas en las Condiciones generales del Contrato de seguro solicitado que se encuentran en la página gnp.com.mx, o bien puede(n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando a nuestra línea directa de atención a clientes, Línea GNP al 55 5227 9000.

Firmas
Bajo protesta de decir verdad y por el principio de la buena fe, en mi carácter de Solicitante Titular 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)
Nombre y firma



# Anexo de la Solicitud de Seguro de Gastos Médicos - Ocupaciones y Deportes -

No. Transacción	Fecha	(dd/mm/aaaa)

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.

Solicitatite titulai					
Código de Cliente <sup>+</sup>	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)		
[+] Si cuenta con él.					
Ocupación					
No. Solicitante	Ocupación				
¿Adicionalmente, se dedi	ca o trabaja actualmente en a	alguna de las siguientes activid	lades?		
- Labores administrativas					No O
- Operador de maquina pe	esada			Si O	No O
- Trabaja con explosivos,	solventes, productos químicos	s peligrosos o sustancias radioa	activas	Si O	No O
- Visita o asiste a obras o construcciones					No O
- Utiliza, maneja o su trabajo está relacionado con el uso o portación de armas de fuego, seguridad o rescate					No O
- Su actividad es agrícola con uso de fertilizantes, pesticidas, herbicidas, etc.					No O
- Utiliza motocicleta				Si O	No O
- Viaja en aviones particul	lares más de 40 horas anuale	S		Si O	No O
NOTA: En caso de respue	esta afirmativa sobre Motocicl	ismo y Aviación, por favor ane	ke el Cuestionario d	orrespor	ndiente.

Información de	deportes				
No. Solicitante	Deporte:		Práctica profesional (Percibe remuneración):		
1		Hasta 3 veces  Más de 3 veces  Hasta 3 veces  Más de 3 veces  Hasta 3 veces  Más de 3 veces  Hasta 3 veces  Más de 3 veces	Si		

El Solicitante y/o Contratante declara(n) que le(s) fue explicado el contenido de las Condiciones generales del Contrato de seguro, que aplicarán en caso de la aceptación del riesgo por parte de GNP Seguros, mismas que han sido entregadas a la firma de esta solicitud.

Asimismo, las exclusiones y limitantes pueden ser consultadas en las Condiciones generales del Contrato de seguro solicitado que se encuentran en la página gnp.com.mx, o bien puede(n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando a nuestra línea directa de atención a clientes, Línea GNP al 55 5227 9000.



# Anexo de la Solicitud de Seguro de Gastos Médicos - Información médica -

No. Transacción	Fecha	(dd/mm/aaaa)

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.

Código de Cliente <sup>+</sup>	Pr	imer apellido		Segundo apellido		Nombre(s)	
[+] Si cuenta con él.							
Información médica							
No. Solicitante	No. Pre	egunta	Nombre del	padecimiento o prod	edimiento		nto d ○ Accidente ○ l ○ Estético ○
Fecha de inicio	Tipo de tra						
	_			Psicológico ○ servación ○		oilitación ⊜ a ⊝ Tras	•
¿Estuvo hospitalizado	)?	_	-	cación?			
SiO NoO		SiO NoO	¿Cuál?				
¿Actualmente toma al	ıál?					Estado actual Sano (	de salud En tratamiento 🔾
No. Solicitante	No. Pre	egunta	Nombre del	padecimiento o proc	edimiento		ento d
Fecha de inicio	Tipo de tra						
	Quirúrgico C			Psicológico ○ servación ○		oilitación ⊜ a⊝ Tras	•
¿Estuvo hospitalizad	lo?		•	cación?			
Si⊜ No⊝		Si O No O	¿Cuál?				
¿Actualmente toma a Si⊖ No⊖ ¿Cu	•	nento?				Estado actual Sano O	de salud En tratamiento ○
No. Solicitante	No. Pre	egunta	Nombre del	padecimiento o proc	edimiento		ento d Accidente  Estético
Fecha de inicio	Tipo de tra	atamiento					
	Quirúrgico G	○ Me Quimioterapia ○	edico () En ob	Psicológico ○ servación ○		oilitación ⊜ a⊜ Tras	•
¿Estuvo hospitalizad	lo?	¿Quedó con a	guna complic	cación?			
SiO NoO		SiO NoO	¿Cuál?				
¿Actualmente toma a	•	nento?				Estado actual	
SiO NoO ¿Cu							En tratamiento O
El Solicitante y/o Co Contrato de seguro, sido entregadas a la Asimismo, las exclu seguro solicitado q Agente de Seguros,	que aplicar firma de es Isiones y li ue se encu	án en caso de ta solicitud. mitantes pued entran en la ¡	la aceptacio en ser con página gnp.	ón del riesgo por p sultadas en las ( com.mx, o bien	oarte de GN Condiciones puede(n) so	IP Seguros, n s generales c olicitarlas nu	nismas que han del Contrato de evamente a su
Firmas							
Bajo protesta de deci los Solicitantes, decl declarado la Asegura	aro que el o	contenido de la	presente so	e, en mi carácter de blicitud es cierta y	e Solicitante estoy de ad	Titular y en re cuerdo en que	presentación de e con base a lo
		(y de su Repi	esentante L	te Titular egal si es menor de	e edad)		
			Nombre	e y firma			
"En cumplimient	o a lo dis	puesto en e	artículo	202 de la Ley d	de Institud	ciones de S	Seguros y de



### Anexo de la Solicitud de Seguro de Gastos Médicos - Solicitante adicional -

No. Transacción	Fecha	(dd/mm/aaaa)

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 <sup>+</sup>	Primer apellido	Segundo apellido Nomi		Nombre	ombre(s)			
[ <b>+]</b> Si cuenta con él.								
Solicitante adicional								
No. Solicitante								
Código de Cliente <sup>+</sup>	Primer apellido	Sen	jundo apellido		Nombre	2(8)		
Codigo de Oliente	Timer apellae	Ocg	dia apelia		TTOTTIOT	3(3)		
Fecha de nacimiento	R.F.C. <sup>+</sup>		Sexo	Parentesco con el titular		ular		
(dd/mm/aaaa)			FO MO					
Ocupación					Peso		Estatura	i
						kg		m
Domicilio (Si el Solicitante no	vive en el mismo domicilio que	el titular	.)		C	C.P.		
[+] Si cuenta con él.								
Ocupación								
¿Adicionalmente, se dedica o	trabaja actualmente en alguna o	de las sig	guientes activida	ades?				Na O

Ocupación		
¿Adicionalmente, se dedica o trabaja actualmente en alguna de las siguientes actividades?		
- Labores administrativas	Si O	No O
- Operador de maquina pesada	Si O	No O
- Trabaja con explosivos, solventes, productos químicos peligrosos o sustancias radioactivas	Si O	No $\bigcirc$
- Visita o asiste a obras o construcciones	Si O	No O
- Utiliza, maneja o su trabajo está relacionado con el uso o portación de armas de fuego, seguridad o rescate	Si O	No O
- Su actividad es agrícola con uso de fertilizantes, pesticidas, herbicidas, etc.	Si O	No O
- Utiliza motocicleta	Si O	No $\bigcirc$
- Viaja en aviones particulares más de 40 horas anuales	Si O	No O

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

Información ad	icional								
¿Práctica algún	deporte?								
			Frecuenc	cia sema	nal:	Práctica p (Percibe ren	Práctica profesional (Percibe remuneración):		
Deporte:			Hasta 3 v	eces 🔾	Más de 3 veces		No 🔾		
Deporte:					Más de 3 veces		No 🔾		
Deporte:			Hasta 3 v	reces O	Más de 3 veces	s O Si O	No O		
Hábitos									
¿fuma o fumó?	Cantidad y frecuencia:	Ingiere o ingirió drogas:	Tipo de	estupefa	acientes o droga	Cantidad y fi	recuencia:		
Si O No O		Si O No O							
En caso de haber dejado de fumar o haber dejado de consumir drogas indicar el tiempo de no consumo:									
Información vacuna COVID-19									
	vacuna contra COVID - 19 i○ No ○	9? Nombre de la	vacuna:	No. de de	osis aplicadas:	Fecha de última	dosis:		

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

El comprobante de vacunación será óptimo entregarlo en conjunto con la Solicitud de Seguro. En caso de no hacerlo, éste podrá ser solicitado por GNP en cualquier momento al Asegurado. Dicho comprobante aplica para asegurados conforme alPlan Nacional de Vacunación Contra el Virus SARS-CoV-2 (COVID-19 y/o cualquiera de sus variantes) en México o bien en algún otro territorio.



Información médica	a					
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, COVID-19; enfermedades mentales, congénitas, inmunológicas, hematológicas, u otras de tipo renal, pulmonar, neurológico o cardiovascular?						
2 ¿Algún Solicitan accidente, alteración	ier enfermedad,	Si O No O				
3 ¿Algún Solicitante padece o ha padecido alguna lesión, enfermedad, padecimiento o trastorno de salud no referido en la pregunta número 1?						
<b>4</b> ¿Algún Solicitante está en tratamiento de cualquier tipo o tiene programada atención médica o quirúrgica? Si ○ No ○						
No. Pregunta	Nombre del padecimiento o procedimiento			Tipo de evento		
				Enfermedad		
Fecha de inicio	Tipo de tratamiento  Quirúrgico O Médico O Psicológico O Rehabilitación O Ninguno O					
¿Estuvo hospitalizado		•	adioterap	ia⊖ Trasplaı	nte ()	
SiO NoO	U!	¿Quedó con alguna complicación?				
SiO NoO SiO NoO ¿Cuál? Estado actual de salud					salud	
_	-	eno?				
				Sano C En tratamiento C		
No. Pregunta	Nombre dei	padecimiento o procedimiento		Tipo de evento Enfermedad		
Fecha de inicio	Tipo de tra	tamiento		materinada 🔾 E		
1 cond de lillolo	Tipo de tratamiento  Quirúrgico					
¿Estuvo hospitalizad	¿Estuvo hospitalizado? ¿Quedó con alguna complicación?					
SiO NoO		Si⊝ No⊝ ¿Cuál?				
¿Actualmente toma algún medicar		nento?		Estado actual de s	salud	
Si○ No○ ¿Cuál?				Sano ○ En tratamiento ○		
No. Pregunta	Nombre del padecimiento o procedimiento			Tipo de evento		
Ü		Enfermedad Accidente Maternidad Estético				
Fecha de inicio	Tipo de tratamiento					
	Quirúrgico					
¿Estuvo hospitalizado?		¿Quedó con alguna complicación?		Traopic		
SiO NoO		SiO NoO ¿Cuál?				
¿Actualmente toma	algún medicar			Estado actual de salud		
SiO NoO ¿Cua				Sano O En tratamiento O		
Nota: Si requiere más espacio para proporcionar información adicional, solicite un Anexo de Información médica.						
tota. Or requiere mae espacio para proporcional informacion adicional, solicite un Aliexo de informacion medica.						

ota: Si requiere más espacio para proporc	ionar información adicional, solicite ui	n Anexo de Información médica.
Viaje		
Viajará al extranjero en los próximos 6 m	eses con permanencia mayor a 3 mes	ses?
Fecha Inicio:	Fecha Fin:	Destino:



Coberturas adicionales

Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Avenida Cerro de las Torres No. 395 Colonia Campestre Churubusco C.P. 04200, Ciudad de México R.F.C. GNP9211244P0

[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.

El Solicitante y/o Contratante declara(n) que le(s) fue explicado el contenido de las Condiciones generales del Contrato de seguro, que aplicarán en caso de la aceptación del riesgo por parte de GNP Seguros, mismas que han sido entregadas a la firma de esta solicitud.

Asimismo, las exclusiones y limitantes pueden ser consultadas en las Condiciones generales del Contrato de seguro solicitado que se encuentran en la página gnp.com.mx, o bien puede(n) solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando a nuestra línea directa de atención a clientes, Línea GNP al 55 5227 9000.

# Bajo protesta de decir verdad y por el principio de la buena fe, en mi carácter de Solicitante Titular 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) Nombre y firma