

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

ANEXO DE LA SOLICITUD DE SEGURO GASTOS MÉDICOS - BENEFICIARIOS

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 ⁺	PRIMER AF	PRIMER APELLIDO		UNDO APELLIDO	NOMBRE(S)
[+] Si cuenta con él.					
O SOLICITANTE RELACIONA	DO COBER	TURA			
CÓDIGO DE CLIENTE	RH	% RF	%		
Ö CÓDIGO DE CLIENTE⁺	PRIMER	APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)
Ш		,			
FECHA DE NACIMIENTO		GÉNERO	DOMICILI	O (Calle, número exterior, núr	mero interior y colonia) C.P.
(dd/mm/aaaa)		OF OM			
[+] Si cuenta con él.					
O SOLICITANTE RELACIONA	DO COBER				
AA	RH	% RF	%		
CÓDIGO DE CLIENTE	PRIMER	APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)
$\overline{\mathbf{u}}$		OÉNEDO	DOMINI I	0 (0 - 11 - 12 (22 - 22 - 24 - 24 - 24 - 24 - 24 - 24	
FECHA DE NACIMIENTO		GÉNERO	DOMICILI	O (Calle, número exterior, núr	mero interior y colonia) C.P.
- (dd/ffff/adda)		OF OM			
[+] Si cuenta con él.				i	
SOLICITANTE RELACIONA			0/		
CÓDIGO DE CLIENTE	RH	% RF	%	OF OUR DO A DELVISO	NOMBRE
CÓDIGO DE CLIENTE	PRIMER	APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)
Ш		GÉNERO	DOMICILIA	 O (Calle, número exterior, núr	more interior y colonia) C.B.
ш		OF OM	DOMICILI	O (Galie, Hulflett Extellol, Hul	Hero interior y colonia) C.P.
(dd/mm/aaaa)					

[+] 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 23 de Enero de 2020, con el número CGEN-S0043-0003-2020/CONDUSEF-G-00716-003."



SOLICITANTE TITULAR CÓDIGO DE CLIENTE*

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 GASTOS MÉDICOS - OCUPACIONES Y DEPORTES

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 él.							
	NO. SOLICITANTE	OCUPACIÓN						
	¿ADICIONALMENTE, SE	SIGUIENTES ACTIV	IDADES?					
CUPACIÓN	- Labores administrativas							
ŭ	- Operador de maquina pe	perador de maquina pesada						
A	- Trabaja con explosivos, s		s peligrosos o sustancias radioac		○ No			
5	- Visita o asiste a obras o			○ Si	○ No			
Č			portación de armas de fuego, segu		○ No			
		con uso de fertilizantes, pesti	cidas, herbiciddas, etc.	○ Si	○ No			
	- Utiliza motocicleta		_	○ Si	○ No			
		ares más de 40 horas anuale		○ Si	○ No			
NO			no y Aviación, por favor anexe el	Cuestionario corresp	ondiente.			
	NO. SOLICITANTE	OCUPACIÓN						
	<u> </u>	DEDICA O TRABAJA ACTUA	ALMENTE EN ALGUNA DE LAS					
OCUPACIÓN	- Labores administrativas			○ Si	\bigcirc No			
ŭ	 Operador de maquina pe 			○ Si	○ No			
8	- Trabaja con explosivos, s		s peligrosos o sustancias radioac		○ No			
2	- Visita o asiste a obras o			○ Si	○ No			
C			portación de armas de fuego, segu		○ No			
		con uso de fertilizantes, pesti	cidas, nerbiciddas, etc.	○ Si	○ No			
	- Utiliza motocicleta	area más de 40 harea envelo	_	○ Si ○ Si	○ No ○ No			
		ares más de 40 horas anuale						
N			no y Aviación, por favor anexe el	·	ondiente.			
	NO. SOLICITANTE DEPO	ORTE DE MANERA AMATEUR	FRECU					
			O Hasta 3 veces a la semana	O Más de 3 veces a				
			O Hasta 3 veces a la semana	O Más de 3 veces a				
Щ			O Hasta 3 veces a la semana	O Más de 3 veces a				
<u>~</u>			O Hasta 3 veces a la semana	O Más de 3 veces a				
DEPORTE			O Hasta 3 veces a la semana	O Más de 3 veces a	la semana			
쁜	NO SOLICITANTE DEPO	ORTE DE MANERA PROFES	SIONAL (QUE PERCIBE ALGUN	IA REMLINERACIÓN)			
	IVO. GOLIOTI/ IVIE DEI G	orrie de Manderorri Roi ec	NOTIFIE (QUE I ENGIBE / LECON	THE WORLD	/			

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 23 de Enero de 2020, con el número CGEN-S0043-0003-2020/CONDUSEF-G-00716-003."

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR



SOLICITANTE TITULAR

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

ANEXO DE LA SOLICITUD DE SEGURO 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.

C	CÓDIGO DE CLIENTE ⁺	PRIMER	APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DMBRE(S)					
[+	[+] Si cuenta con él.									
	NO. SOLICITANTE NO. PI	REGUNTA	NOMBRE DEL PAI	DECIMIENTO		TIPO DE EVENTO				
			○Enfermedad ○Accidente							
	FECHA DE INICIO TIPO D									
	○ Quirúrgico ○ Médico ○ Psicológico ○ Rehabilitación ○ Quimioterapia ○ En observación ○ Radioterapia ○ Trasplante									
	•	-	¿QUEDO CON ALGUNA COMPLICACIÓN?							
	○Si ○No		ONo ¿Cuál?							
	¿ACTUALMENTE TOMA AL	GÚN MEDI	CAMENTO?		ES	STADO ACTUAL DE SALUD				
	OSi ONo ¿Cuál?				0	Sano OEn tratamiento				
	NO. SOLICITANTE NO. PI	REGUNTA	NOMBRE DEL PAI	DECIMIENTO		TIPO DE EVENTO				
						○Enfermedad ○Accidente				
	FECHA DE INICIO TIPO D	DE TRATAN	MIENTO							
	○ Quirúr	gico O Médico	○ Psicológico ○ Rehab	oilitación ○ Quimioterapia ○ En obse	rvació	on ○ Radioterapia ○ Transplante				
∀	¿ESTUVO HOSPITALIZADO	? ¿QUE	¿QUEDO CON ALGUNA COMPLICACIÓN?							
ÉDICA	○Si ○No	OSi	OSi ONo ¿Cuál?							
Σ	¿ACTUALMENTE TOMA ALC	ES	STADO ACTUAL DE SALUD							
Ó N	OSi ONo ¿Cuál?	0	Sano OEn tratamiento							
$\frac{3}{2}$	NO. SOLICITANTE NO. PI	REGUNTA	NOMBRE DEL PAI		TIPO DE EVENTO					
S	NO. COLIOTIVITE NO. 1	LOOMIN	NOMBILE BEET / LE		○Enfermedad ○Accidente					
INFORMACI	FECHA DE INICIO TIPO D	DE TRATAN								
Ä	Quirúro		○ Médico ○ Psicológico ○ Rehabilitación ○ Quimioterapia ○ En observación ○ Radioterapia ○ Transpla							
	¿ESTUVO HOSPITALIZADO									
	○Si ○No		ONo ¿Cuál?							
	¿ACTUALMENTE TOMA AL	GÚN MEDIO	CAMENTO?		ESTADO ACTUAL DE SALUD					
	OSi ONo ¿Cuál?				0	Sano OEn tratamiento				
	NO. SOLICITANTE NO. PI	DECLINITA	NOMBDE DEL DAT	DECIMIENTO		TIPO DE EVENTO				
	NO. SOCIOTIANTE NO. 11	LOUIVIA	NOMBIL DELI AL	JEGIWIE IVI G		○Enfermedad ○Accidente				
	FECHA DE INICIO TIPO D	OF TRATAN	/IENTO			2 Emermedad 37 toolderite				
				oilitación ○ Quimioterapia ○ En obse	rvacić	on ○Radioterania ○Transplante				
	¿ESTUVO HOSPITALIZADO					S. Manotorapia O manopianto				
	OSi ONo	-	ONo ¿Cuál?							
	¿ACTUALMENTE TOMA ALC		•		ES	STADO ACTUAL DE SALUD				
	OSi ONo ¿Cuál?				Sano OEn tratamiento					
					_					

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 23 de Enero de 2020, con el número CGEN-S0043-0003-2020/CONDUSEF-G-00716-003."

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR



SOLICITANTE TITULAR CÓDIGO DE CLIENTE⁺

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 GASTOS MÉDICOS - SOLICITANTE ADICIONAL

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

F + 2	Ci quanta con Al									
	Si cuenta con él.	1								
A	NO. SOLICITANTE									
Z	,									
ADICIONAL	CÓDIGO DE CLIENTE ⁺	PRIMER APEL	LIDO	SE	GUNDO APELI	LIDO	NOMBI	RE(S)		
٥					,					
	FECHA DE NACIMIENTO		R.F.C. ⁺				NTESCO CON		I EL TITULAR	
SOLICITANTE	(dd/mm/aaaa)				\circ F \circ M					
₫	OCUPACIÓN						PESO		EST	ATURA
Ö								kg		m
딩	DOMICILIO (Si el Solicitante no	o vive en el mis	mo domicilio que	el Ti	tular)			C.P.		
[+]	Si cuenta con él.									
	¿ADICIONALMENTE, SE DED	ICA O TRABAJA	AACTUALMENTE	EN	ALGUNA DE LA	AS SIGL	JIENTES	ACTI	VIDA	DES?
	- Labores administrativas							0.8		○ No
Z	- Operador de maquina pesada							\circ S	Si	○ No
<u> </u>	- Trabaja con explosivos, solver		químicos peligroso	os o	sustancias radio	oactivas		\circ S	Si	○ No
OCUPACIÓN	- Visita o asiste a obras o const							\circ S	Si	○ No
15	- Utiliza, maneja o su trabajo está	relacionado con	el uso o portación	de a	rmas de fuego, s	eguridad	l o rescate	e O S	Si	○ No
8	- Su actividad es agrícola con u	so de fertilizante	es, pesticidas, her	bicid	das, etc.			\circ S		○ No
	- Utiliza motocicleta							\circ S		○ No
	- Viaja en aviones particulares r	nás de 40 horas	s anuales					\circ S	Si	○ No
NC	TA: En caso de respuesta afirm	nativa sobre mo	tociclismo v aviac	ión.	por favor anexe	el cues	tionario d	corres	pondi	ente.
				,						
	¿PRACTICA ALGÚN DEPORTI	E DE MANERA	AMATEUR?							
∀	Deporte:		○ Hasta	3 ve	ces a la semana	\circ N	lás de 3 v	eces a	a la se	emana
8	Deporte:		○ Hasta	3 ve	ces a la semana	\circ N	lás de 3 v	eces a	a la se	emana
ᅙ	Deporte:				ces a la semana		lás de 3 v			emana
9	¿PRACTICA ALGÚN DEPORTI	E DE MANERA	PROFESIONAL?	(QU	E PERCIBE AL	GUNA F	REMUNE	RACIO	ON)	
Z	Deporte:									
Deporte: Deport										
¿CONSUME O HA CONSUMIDO ALGÚN TIPO DE ¿ESTÁ ACTUALMENTE EMBARAZADA?										
Z	ESTUPEFACIENTE O DROGA	(Exclusiv	(Exclusivo para mujeres a partir de los 15 años)							
OSi ONo OSi ONo										
불	¿FUMA O FUMÓ?) 5	CUANTOS CIGAR	ROS	OPUROSALI	Os ?Alc	CUÁNDO	DEJC	DEF	UMAR?
	○Si ○No									
NC	OTA: Para Automovilismo, Inmer	siones Submari	inas. Motociclismo	o. Ca	cería. Aviación	v Parac	aidismo.	llene e	elCue	stionario

402098-SGM31012020

correspondiente.



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

=	Apartado de esta Sed	ccion.							
INFORMACIÓN MÉDIO	1 ¿Algún Solicitante padece o ha padecido alguna enfermedad como hipertensión arterial, infarto hepatitis, diabetes, epilepsia, esclerosis, fiebre reumática, SIDA, cáncer, tumores, enfermedade mentales, congénitas, inmunológicas, hematólogicas u otras de tipo renal, pulmonar, neurológico cardiovascular?								○No
RMAC	2 ¿Algún Solicitante accidente o alteració					or cualquier er	nfermedad	o OSi	○No
INFO	3 ¿Algún Solicitante en la pregunta núme	e padece al	guna otra enfe	rmedad, transt	orno o padecim			a OSi	○No
	NO. PREGUNTA	NOMBRE D	EL PADECIMI	ENTO				E EVEN	
							○Enfer	medad C	Accidente
	FECHA DE INICIO								
				•	ación O Quimiotera	ıpia ○En observ	⁄ación ○ Rad	ioterapia O	Transplante
	¿ESTUVO HOSPITAL	LIZADO?	¿QUEDO CON	N ALGUNA COM	MPLICACION?				
(L)	OSI ONO		OSI ONO	¿Cuál?			FOTABO	OTHAL E	NE OALLID
Si	¿ACTUALMENTE TO)MA ALGUN	MEDICAMEN	10?			ESTADO A		
اق	¿ESTUVO HOSPITALIZADO? ¿QUEDO CON ALGUNA COMPLICACION? Si ONO ¿Cuál? Si ONO ¿Cuál? NO. PREGUNTA NOMBRE DEL PADECIMIENTO FECHA DE INICIO TIPO DE TRATAMIENTO Quirúrgico OMédico OPSicológico ORehabilitación OQuimioterapia OEn observación ¿ESTUVO HOSPITALIZADO? ¿QUEDO CON ALGUNA COMPLICACIÓN? OSI ONO SI ONO ¿Cuál? ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? Si ONO ¿Cuál? NO. PREGUNTA NOMBRE DEL PADECIMIENTO FECHA DE INICIO TIPO DE TRATAMIENTO OQUIrúrgico OMédico OPSicológico O Rehabilitación OQUImioterapia OEn observación FECHA DE INICIO TIPO DE TRATAMIENTO OQUIrúrgico O Médico OPSicológico O Rehabilitación OQUImioterapia OEn observación							OEn tra	atamiento
흏	NO. PREGUNTA NO	OMBRE DE	L PADECIMIE	NTO			TIPO D	E EVEN	TO
် ပိ							○Enfer	medad C	Accidente
4	FECHA DE INICIO	TIPO DE TI	RATAMIENTO						
2		O Quirúrgico C	Médico O Psicol	ógico O Rehabilita	ación O Quimiotera	pia ○En observ	/ación ○ Rad	ioterapia 🔾	Transplante
垣	¿ESTUVO HOSPITAL	LIZADO?	¿QUEDO CON	NALGUNA COM	MPLICACIÓN?				
2	○Si ○No		○Si ○No	¿Cuál?					
ν <u>ō</u>	¿ACTUALMENTE TO)MA ALGÚN	MEDICAMEN	TO?			ESTADO A	CTUAL D	DE SALUD
AC	OSi ONo ¿Cuál	l?					○Sano	○En tra	ntamiento
S	NO. PREGUNTA NO	OMBRE DE	EL PADECIMIE	NTO			TIPO D	E EVEN	ТО
뎐							○Enfer	medad C	Accidente
Z	FECHA DE INICIO	TIPO DE TI	RATAMIENTO						
		⊃ Quirúrgico ⊂	Médico O Psicol	ógico O Rehabilita	ación O Quimiotera	pia ○En observ	/ación ○ Rad	ioterapia 🔾	Transplante
	¿ESTUVO HOSPITAL	LIZADO?	¿QUEDO CON	N ALGUNA COM	MPLICACIÓN?				
	○Si ○No		○Si ○No	¿Cuál?					
	¿ACTUALMENTE TO)MA ALGÚN	MEDICAMEN	TO?			ESTADO A	CTUAL D	DE SALUD
	OSi ONo ¿Cuál	l?					○Sano	○En tra	ntamiento
NC	TA: Si quiere más es	spacio para	proporcionar i	nformación adi	cional, solicite i	un Anexo.			
	51 quioro mao 00	-paoio para	p. 5po. 6.6.761		2.2.101, 2011010				

En caso de respuesta afirmativa a alguna de las siguientes preguntas médicas, amplíe la información en el siguiente

Fecha Inicio:

Destino:

¿VIAJARÁ AL EXTRANJERO EN LOS PRÓXIMOS 6 MESES CON PERMANENCIA MAYOR A 3 MESES?

Fecha Fin:



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

	¿REQI	UIERE (CONVERSIÓN A INDIVIDUAL?					
m	○Si	\bigcirc No	Póliza colectiva:	Certificado:				
Ö	¿REQI	¿REQUIERE REDUCCIÓN DE PERIODOS DE ESPERA? OSI ONO Nombre de la compañía procedente:1						
H	○Si	\bigcirc No	Nombre de la compañía procedente:1					
¿REQUIERE RIESGO SELECTO ² ?								
	○Si	○No	Folio de Riesgo Selecto:					

[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.

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 []	No]
O. []		L,	J

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 23 de Enero de 2020, con el número CGEN-S0043-0003-2020/CONDUSEF-G-00716-003."