

Solicitud de movimientos de Conexión Línea Azul

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					
Conexión Línea Azul	<input type="checkbox"/> Cien mil	<input type="checkbox"/> Sin límite	Plan individual garantizado	Círculo médico	Deducible

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 grupo (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			
Conexión Línea Azul	<input type="checkbox"/> Cien mil <input type="checkbox"/> Sin límite	Plan individual garantizado	Círculo Médico
Suma Asegurada/Póliza de grupo		Aseguradora/Póliza de grupo	Deducible garantizado
			Actual compañía en la que labora

Todos los solicitantes de Conexión deberán estar amparados por la misma Póliza de Grupo. En caso de reclamación se tomará como deducible la suma asegurada que se refleje en la póliza de grupo en ese momento.

IV. Cambio de Conexión Línea Azul al plan individual garantizado por salida del grupo (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"/> Cero deducible por accidente (CCDA)	<input type="checkbox"/> Acceso a las clínicas de Médica Integral GNP (CAMI)	<input type="checkbox"/> Salud Familiar (CSF)	
<input type="checkbox"/> Enfermedades Catastróficas en el Extranjero (CECE)	<input type="checkbox"/> Respaldo Hospitalario (RH) \$ _____ (Indemnización diaria por hospitalización)	<input type="checkbox"/> Respaldo por Fallecimiento (RF)	
<input type="checkbox"/> Emergencia en el extranjero (CEE) indicar sólo para Premier 300 y 400		<input type="checkbox"/> Enfermedades Catastróficas Nacional (CEC-Nacional) aplica sólo Premier 300	

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

Nota Importante: El Asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre. La designación de beneficiarios otorga el derecho de los beneficios del seguro, por lo que no son recomendables las designaciones para que una persona cobre la Suma Asegurada y la entregue a otros.

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 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 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			Cobertura	
			día	mes	año	RF	RH
		%				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		%				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		%				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		%				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		%				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre y firma del Contratante o Asegurado Titular

Nota: Es indispensable contar con ambas rúbricas y no se aceptará el formato con firmas "por ausencia" o "por poder".

Datos del agente							
Clave	CUA	Contrato	Folio	D.A.	Nombre	Distribución	Firma del agente
						%	