

SOLICITUD DE EMISIÓN Y/O RENOVACIÓN

N° de Solicitud	N° de Póliza	Código del Cliente

Datos de la institución retenedora

Nombre de la dependencia		Nombre de la subdependencia			
Póliza a renovar		Fecha		Clave de Intermediario / Agente	Folio
Número	Versión	día	mes	año	Clave Única de Agente Contrato

I. Datos del Contratante

El Contratante es la persona física o moral que se considera el pagador de las primas del seguro

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Código cliente	
Contratante	Registro Federal de	letras	año	mes	día	homoclave*	Clave Única de Registro de Población (CURP)*
<input type="checkbox"/> Mismo conductor	Contribuyentes (R.F.C.)						
Fecha de nacimiento		Género		Estado civil		Nacionalidad	No. de Identificación Fiscal
día mes año		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado			
Correo electrónico (si cuenta con el)		Profesión u ocupación		Actividad o giro del negocio donde trabaja			
Régimen fiscal							
¿El Contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en el último año ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Definir cargo							

Domicilio

Calle		Número exterior	Número interior	Colonia		Código Postal	
Municipio o alcaldía		Ciudad o población		Entidad Federativa		País	
Lada	Teléfono particular		Lada	Teléfono móvil		Lada	Extensión

Contratante (en caso de existir como persona moral)

Razón social		Régimen fiscal		Régimen capital											
Código cliente		Fecha de constitución		Registro Federal de		letras		año		mes		día		homoclave*	
				Contribuyentes (R.F.C.)											
Correo o página de Internet*		Giro mercantil		Actividad u objeto social											

Domicilio fiscal

Calle		Número exterior	Número interior	Colonia		Código Postal	
Municipio o alcaldía		Ciudad o población		Entidad Federativa		País	

Datos del representante legal

Lada	Teléfono particular		Lada	Teléfono móvil		Lada	Extensión
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)			

II. Datos conductor principal

Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)																	
Código cliente		Registro Federal de		letras		año		mes		día		homoclave*		Fecha de nacimiento		día		mes		año	
		Contribuyentes (R.F.C.)																			
Género		Estado civil		Correo electrónico																	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado																			
Profesión u ocupación						Lada		Teléfono													

III. Datos del vehículo			
Tipo del vehículo	Subramo	Uso del vehículo	El vehículo cuenta con factura de aseguradora por una Pérdida Total previa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marca (clave)	Submarca	Modelo	Placas
Descripción del vehículo		Pedimento de importación	
Número de motor		Número de serie	Registro Federal Vehicular / Registro Público Vehicular

IV. Coberturas y formas de indemnización

Seleccionar el anexo correspondiente con base en el producto a contratar y selecciona la opción a utilizar:

Individual (Anexo A) Motos (Anexo D) GNP Complemento Socio Conductor (Anexo G)
 Auto Más (Anexo B) Motos Flotillas (Anexo E)
 Flotillas (Anexo C) Agencias (Anexo F)

V. Cobranza

Formas de pago	Conductos de pago
<input type="checkbox"/> Mensual ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Contado <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Conforme a nómina ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Trimestral ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Domiciliación bancaria <input type="checkbox"/> Aceptación de cargo automático a tarjeta de crédito (CAT) <input type="checkbox"/> Descuento por nómina ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Intermediario / Agente <input type="checkbox"/> Cargo por única vez (CUT)

⁽¹⁾ Solo aplica con domiciliación bancaria. ⁽²⁾ Solo aplica para negocios que tengan convenio por descuento via nomina.

En caso de haber elegido domiciliación bancaria o cargo a tarjeta de crédito como conducto de pago, llenar los siguientes datos del pagador.

VI. Domiciliación bancaria

Banco	CLABE	Fecha de vencimiento	mes	año			
Banco	Tarjeta de débito Número	Fecha de vencimiento	mes	año			
Tarjeta de crédito (Número)	Código ID	Fecha de vencimiento	mes	año	Tipo de tarjeta	VISA/Master Card	American Express
Tarjeta de crédito opcional (Número)	Código ID	Fecha de vencimiento	mes	año	Tipo de tarjeta	VISA/Master Card	American Express
Instituto Nacional Electoral (INE) Número	Pasaporte Número						
<input type="checkbox"/> Moneda Nacional	Importe del cargo	Importe del cargo con letra					
<input type="checkbox"/> Dólares	\$						
Nombre del Intermediario / Agente						Clave del Intermediario / Agente	

Datos bancarios

Solicito y autorizo al Banco Nacional de México, S.A. o a cualquier otra Institución afiliada a Visa, Mastercard o American Express (en lo sucesivo "El Banco") para que con base en el contrato de apertura de crédito que tengo celebrado y respecto al cual se me expidió la tarjeta de crédito arriba citada, o en su caso el número de tarjeta que por reposición de la anterior por robo o extravío de la misma me haya asignado El Banco, se sirvan para pagar por mi cuenta a Grupo Nacional Provincial S.A.B. (en lo sucesivo "GNP"), los cargos por los conceptos, periodicidad y montos que se detallan a continuación. GNP será responsable de cumplir con la calidad y entrega de los productos y servicios ofrecidos, liberando al Banco de cualquier reclamación que se generara por parte del tarjetahabiente. Estoy de acuerdo con que el número de Póliza puede cambiar anualmente por la administración de GNP.

Asimismo, acepto que los cargos subsecuentes pueden ser variables de acuerdo con el plan de seguro contratado.

Del mismo modo, estoy de acuerdo con que se utilice este mismo conducto de cobro en las próximas renovaciones así como en los ajustes en la prima que correspondan. Para evitar la cancelación de mi Póliza previo conocimiento acerca del incremento de las tarifas que realice GNP.

TODOS LOS CARGOS SERÁN REALIZADOS AL INICIO DE LA VIGENCIA DE CADA PERIODO, EN CASO DE SER DÍA INHÁBIL SE COBRARÁ EL DÍA HÁBIL INMEDIATO SIGUIENTE.

Se realizarán un total de 3 intentos (1er., 3er. y 8vo día a partir de inicio de vigencia) para realizar el cobro de la prima estipulada en la caratula de la Póliza. Si el Cliente maneja tarjeta opcional se realizarán 6 intentos, si el último no procede se suspenderá la labor de cobranza, y la póliza será cancelada al termino del periodo de gracia pactado siempre y cuando exista incumplimiento de pago, pudiendo realizar el pago por cualquier otro medio de cobro habilitado por GNP.

Entiendo que me reservo el derecho de poder cancelar la Póliza u optar por otro conducto de pago, cuando así lo desee, previa notificación por escrito a GNP con un mínimo de 30 días de anticipación al inicio de la vigencia del recibo con próximo vencimiento.

Datos bancarios

Si por cualquier causa imputable al Asegurado la Institución Bancaria no reconoce el cargo que GNP pretende realizar a la tarjeta de crédito, correspondiente al cobro de la prima, el Asegurado y/o Contratante no quedará liberado del cumplimiento de su obligación de pago de la prima en términos de lo previsto en las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro y del Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro (Precepto legal disponible en gnp.com.mx), quedando GNP liberado de su obligación de cobro de la prima a través del canal que se establece en esta Solicitud de Seguro.

El tarjetahabiente podrá revocar el presente formato mediante un comunicado por escrito con 30 días naturales de anticipación que recibirá el Negocio Afiliado, el cual anotará la fecha de su recepción con la firma y nombre de quien recibe por el Negocio Afiliado. En este caso el Negocio Afiliado deberá informar al tarjetahabiente la fecha en que dejará de surtir efecto la presente carta de autorización. Por lo anterior, el estado de cuenta, recibo de nómina u otro documento en donde aparezca el cargo de la Prima será prueba suficiente del pago de la misma, hasta que en tanto la institución entregue el comprobante de pago correspondiente.

Advertencia

Toda la información de la presente solicitud, en especial las actividades e ingresos, serán considerados información necesaria para la apreciación del riesgo y para la aceptación, en su caso, de la Cobertura contratada y la Suma Asegurada correspondiente. Se previene al Solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos tal y como los conozca o deba conocerlos en el momento de firmar, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se encuentre contenido en la solicitud para la apreciación del riesgo, podría originar la pérdida de derechos del Asegurado o del (los) beneficiario(s) en su caso.

En caso de cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos importantes, Grupo Nacional Provincial, S.A.B. tiene la facultad de rescindir de pleno derecho el contrato celebrado y de abstenerse de realizar cualquier pago (Artículo 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Precepto(s) legal(es) disponible(s) en gnp.com.mx- En caso de que en el futuro el(los) Solicitante(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Inspección Vehicular

La compañía podrá verificar durante los primeros 30 días naturales a partir del inicio de vigencia, el estado en que se encuentra el vehículo asegurado, mediante el envío de una notificación vía correo electrónico y/o mensaje de texto al correo o teléfono del contratante y/o asegurado registrados al momento de la contratación a efecto de poder acceder a la liga correspondiente y realizar la carga de las fotografías del vehículo asegurado para que la Compañía pueda llevar a cabo el proceso de inspección. En caso de no recibir la notificación antes mencionada, el asegurado deberá ingresar, dentro del periodo antes señalado, a la página www.gnp.com.mx sección > Soy Cliente > Servicios > Inspección Vehicular a efecto de poder acceder a la liga correspondiente y realizar la carga de las fotografías del vehículo asegurado para que la Compañía pueda llevar a cabo el proceso de inspección.

Aceptación

Este documento solo constituye una solicitud de seguro, por lo tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Declarativa de actuación por cuenta propia.

Declaro bajo protesta de decir verdad que la contratación descrita en la presente Solicitud se realiza con recursos propios y unicamente en beneficio del Contratante descrito en este documento. Lo anterior de conformidad con el ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Seguros y Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

Firma Solicitante o Contratante

El solicitante y/o el contratante declara que le fué explicado por el agente, el contenido de las Condiciones Generales del Contrato del Seguro, principalmente en lo que se refiere a sus derechos básicos, las coberturas, exclusiones, indisputabilidad, cláusulas generales y/o particulares las cuales conoce, entiende y acepta como parte integrante del contrato a que se refiere esta solicitud en términos del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro (Precepto Legal disponible en gnp.com.mx). Las exclusiones y limitaciones de este producto pueden ser consultadas en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro. Así mismo, tiene conocimiento de que las Condiciones Generales del Contrato de Seguro también se encuentran en la página gnp.com.mx, puede solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando al 55 5227 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.

Entrevista personal

Bajo protesta de decir verdad, he entregado el Formato de los Derechos Básicos e informado al (los) Solicitante (s) de manera clara, amplia y detallada sobre el alcance real de las coberturas, las principales características del producto, la forma de conservarlo o darlo por terminado, su vigencia, los términos establecidos en el contrato, los salvamentos y su renovación. (Artículo 96 fracción I de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas precepto legal disponible en gnp.com.mx) Así mismo, declaro haber verificado la veracidad de los datos proporcionados y que se han incluido en este momento, siendo llenado de puño y letra por parte del (los) solicitante (s) y contratante.

Firma del Intermediario / Agente

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral, disponible en la página de internet gnp.com.mx o bien, llamando en el área metropolitana al teléfono 55 52279000.

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, Delegación Coyoacán, C.P. 04200, comunicarse al teléfono 55 52 27 9000 opción 4 o al correo electrónico: 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, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, comuníquese a los teléfonos 55 53 40 0999 desde la Ciudad de México e Interior de la República, al correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o visite la página condusef.gob.mx

Clave de agente / gerente

Clave del vendedor

Otorgo mi consentimiento para que la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro, me sea entregada a través de la vía digital.

Sí consiento No consiento

Por lo anterior, autorizo a Grupo Nacional Provincial S.A.B. (GNP), a realizar la entrega de la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro en formato PDF o cualquier otro formato electrónico equivalente, a la cuenta de correo electrónico _____

Datos personales y consentimiento

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S. A.B. , el cual contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles. Asimismo, se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página gnp.com.mx. Por lo anterior:

Sí No consiento y autorizo dicho tratamiento.

En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares de datos, reconozco mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

Fechado en _____ el día _____ de _____ año _____

Firma del Contratante o Solicitante

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 integra este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de agosto de 2023, con el número CGEN-S0043-0065-2023 / G-01440-003.

Fecha	día	mes	año	Gerente comercial	Folio del ejecutivo N°	RFC del ejecutivo	Folio de solicitud N°
Institución retenedora							
Dependencia				Subdependencia			
Datos del empleado							
Nombre				Clave del empleado		Importe quincenal a retener	

Autorizo a la Institución indicada en este formato para que retenga de mis prestaciones el importe total señalado.
 Queda entendido:

1. Que la Institución retenedora se reserva de no autorizar la retención solicitada por el empleado, por las razones que se consideren pertinentes.
2. Que la retención de nómina se suspenderá en los casos siguientes:
 - a) Cuando por desición del empleado se cancele, por escrito y con 30 días de anticipación a la siguiente retención el seguro contratado a Grupo Nacional Provincial S.A.B.
 - b) A la terminación de la relación laboral con la institución retenedora, en cuyo caso, el pago de primas será manejado entre Grupo Nacional Provincial S.A.B. y el suscrito.

 Firma del Empleado
www.gnp.com.mx

**En caso de requerir información contáctanos: al 55 5227 9000
 o visite gnp.com.mx**

Informativo

ANEXO A "INDIVIDUAL"

Procedencia del automovil

Residente Fronterizo Legalizado Otros _____

Coberturas para Automóviles y Pick ups (Individual)

Responsabilidad Civil

Gastos Médicos Ocupantes
Responsabilidad Civil por Daños a Terceros
Extensión de Responsabilidad Civil por
Daños a Terceros
Protección Legal
Club GNP

Limitada

Responsabilidad Civil + Robo Total

Amplia

Limitada + Daños Materiales Pérdida Parcial +
Daños Materiales Pérdida Total + Cristales

Premium

Amplia + Ayuda para Llantas y Rines ^(a) +
Paga Cero ^(b) + Llaves de Repuesto ^(c) + Auto
Sustituto Plus + Robo Parcial Plus

Auto Elite

Auto Sustituto + Ayuda para Llantas y Rines ^(a) + Paga Cero ^(b) +
Llaves de Repuesto ^(c)

día mes año Vigencia día mes año
Inicio - Término

Coberturas opcionales para Automóviles y Pick ups (Individual)

	Suma Asegurada		Suma Asegurada
<input type="checkbox"/> Accidentes Automovilísticos al Conductor	\$ _____	<input type="checkbox"/> Ayuda para Pérdidas Totales	\$ _____
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Fallecimiento	\$ _____	<input type="checkbox"/> Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial ⁽¹⁾	\$ _____
<input type="checkbox"/> Garantía de Autos Financiados	\$ _____	<input type="checkbox"/> Robo Parcial	\$ _____
<input type="checkbox"/> Conductor Protegido	\$ _____	<input type="checkbox"/> Robo Parcial Plus	\$ _____
<input type="checkbox"/> Protección Auxiliar	\$ _____	<input type="checkbox"/> Auto Sustituto	_____ días
<input type="checkbox"/> Ayuda para Llantas y Rines ^(a)	\$ _____	<input type="checkbox"/> Auto Sustituto Plus	_____ días
<input type="checkbox"/> Paga Cero ^(b)		<input type="checkbox"/> Extensión de Responsabilidad Civil por Daños a Tereros	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ocupantes			
<input type="checkbox"/> Siempre en Agencia			
<input type="checkbox"/> Llaves de Repuesto ^(c)			

(1) Observaciones y/o especificaciones adjuntas a la Suma Asegurada que se declare, deberá soportarse por avalúo o factura de las Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial.

Formas de Indemnización

- Valor Factura ⁽¹⁾ _____
- Valor Comercial _____
- Valor Convenido ⁽²⁾ _____
- Valor Convenido + 10 ⁽³⁾ _____
- Valor Comercial + 10 ⁽³⁾ _____

- (1) Aplica solo al presentar factura o carta factura del vehículo expedida a lo más 30 días naturales antes de la fecha en que iniciará la vigencia de la póliza.
- (2) Aplica solo para residentes, blindados, fronterizos y legalizados
- (3) Aplica para residentes, fronterizos y legalizados

Coberturas modificables

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Deducible Daños Materiales Pérdida Total _____ % | <input type="checkbox"/> Suma Asegurada Gastos Médicos Ocupantes \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Deducible Daños Materiales Pérdida Parcial _____ % | <input type="checkbox"/> Auto Sustituto Plus (10, 15, 20 ó 30 días) _____ |
| <input type="checkbox"/> Deducible Robo Total _____ % | <input type="checkbox"/> Auto Sustituto (10, 15, 20 ó 30 días) _____ |
| <input type="checkbox"/> Suma Asegurada Robo Parcial \$ _____ | <input type="checkbox"/> Suma Asegurada Accidentes Automovilísticos del Conductor \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Suma Asegurada Robo Parcial Plus \$ _____ | <input type="checkbox"/> Suma Asegurada Responsabilidad Civil por Fallecimiento \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Deducible Robo Parcial _____ % | |
| <input type="checkbox"/> Deducible Robo Parcial Plus _____ % | |
| <input type="checkbox"/> Suma Asegurada Responsabilidad Civil por Daños a Terceros \$ _____ | |

Beneficiario Preferente

Las coberturas también se pueden referir como:

a) Daños Materiales de Llantas y/o Rines

b) Cero Deducible en Pérdida Total

c) Reposición de Llaves

ANEXO B "AUTO MAS"

Tipo de procedencia

Residente Fronterizo Legalizado Otros _____

Coberturas para Automóviles y Pick ups (Auto Más)

<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Gastos Médicos Ocupantes Responsabilidad Civil por Daños a Terceros Extensión de Cobertura de Responsabilidad Civil por Daños a Tercero Protección Legal Club GNP	<input type="checkbox"/> Amplia Limitada+Daños Materiales Pérdida Total + Daños Materiales Pérdida Parcial + Cristales
<input type="checkbox"/> Limitada Responsabilidad Civil + Robo Total	<input type="checkbox"/> Amplia Más Amplia + Auto Sustituto
	<input type="checkbox"/> Premium Amplia + Ayuda para Llantas y Rines ^(a) + Paga Cero ^(b) + Llaves de Repuesto ^(c) + Auto Sustituto Plus +Robo Parcial Plus

día mes año Vigencia día mes año
 | | | Inicio - Término | | |

Coberturas opcionales para Automóviles y Pick ups (Auto Más)

<input type="checkbox"/> Accidentes Automovilísticos al Conductor <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Fallecimiento <input type="checkbox"/> Garantía de Autos Financiados <input type="checkbox"/> Conductor Protegido <input type="checkbox"/> Protección Auxiliar <input type="checkbox"/> Ayuda para Llantas y Rines ^(a) <input type="checkbox"/> Paga Cero ^(b) <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ocupantes <input type="checkbox"/> Siempre en Agencia <input type="checkbox"/> Llaves de Repuesto ^(c)	Suma Asegurada \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____	<input type="checkbox"/> Ayuda para Pérdidas Totales <input type="checkbox"/> Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Robo Parcial <input type="checkbox"/> Robo Parcial Plus <input type="checkbox"/> Auto Sustituto <input type="checkbox"/> Auto Sustituto Plus <input type="checkbox"/> Extensión de Cobertura de Responsabilidad Civil por Daños a Terceros	Suma Asegurada \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ _____ días _____ días
---	--	---	--

(1) Observaciones y/o especificaciones adjuntas a la Suma Asegurada que se declare, deberá soportarse por avalúo o factura de las Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial.

Formas de Indemnización

<input type="checkbox"/> Valor Factura ⁽¹⁾ _____ <input type="checkbox"/> Valor Comercial _____ <input type="checkbox"/> Valor Convenido ⁽²⁾ _____ <input type="checkbox"/> Valor Convenido + 10 ⁽³⁾ _____ <input type="checkbox"/> Valor Comercial + 10 ⁽³⁾ _____	<input type="checkbox"/> Valor Convenido - 10 ⁽⁴⁾ _____ <input type="checkbox"/> Valor Declarado ⁽⁵⁾ _____	(1) Aplica solo al presentar factura o carta factura del vehículo expedida a lo más 30 días naturales antes de la fecha en que iniciará la vigencia de la póliza. (2) Aplica solo para residentes, blindados, fronterizos y legalizados (3) Aplica para residentes, fronterizos y legalizados (4) Aplica solo para flotillas residentes (5) Aplica solo para autobuses, microbuses, minibuses y remolques
--	---	---

Coberturas modificables

<input type="checkbox"/> Deducible Daños Materiales Pérdida Total _____ % <input type="checkbox"/> Deducible Daños Materiales Pérdida Parcial _____ % <input type="checkbox"/> Deducible Robo Total _____ % <input type="checkbox"/> Suma Asegurada Robo Parcial \$ _____ <input type="checkbox"/> Suma Asegurada Robo Parcial Plus \$ _____ <input type="checkbox"/> Deducible Robo Parcial _____ % <input type="checkbox"/> Deducible Robo Parcial Plus _____ % <input type="checkbox"/> Suma Asegurada Responsabilidad Civil por Daños a Terceros _____	<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Gastos Médicos Ocupantes _____ <input type="checkbox"/> Auto Sustituto Plus (10, 15, 20 ó 30 días) _____ <input type="checkbox"/> Auto Sustituto (10, 15, 20 ó 30 días) _____ <input type="checkbox"/> Suma Asegurada Accidentes Automovilísticos al Conductor _____ <input type="checkbox"/> Suma Asegurada Responsabilidad Civil por Fallecimiento _____
---	--

Coberturas Motocicletas

<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Responsabilidad Civil por Daños a Terceros Protección Legal Asistencia Vial Motocicletas Accidentes Automovilísticos al Conductor Gastos Médicos Ocupantes	<input type="checkbox"/> Amplia Limitada + Daños Materiales Pérdida Total + Daños Materiales Pérdida Parcial
<input type="checkbox"/> Limitada Responsabilidad Civil + Robo total	<input type="checkbox"/> Premium Amplia + Conductor Protegido + Paga Cero ^(b) + Llaves de Repuesto ^(c) + Extensión de Responsabilidad Civil por Daños a Terceros

día mes año Vigencia día mes año
 | | | Inicio - Término | | |

Coberturas opcionales Motocicletas

<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Fallecimiento _____ <input type="checkbox"/> Garantía de Autos Financiados _____ <input type="checkbox"/> Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial* _____ <input type="checkbox"/> Llaves de Repuesto ^(c) _____ <input type="checkbox"/> Conductor Protegido _____	<input type="checkbox"/> Paga Cero ^(b) _____ <input type="checkbox"/> Extensión de Cobertura por Responsabilidad Civil por Daños a Terceros _____
--	---

Descripción Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial

*La suma asegurada que declare deberá soportarse por avaluo o factura de las Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial.

Formas de Indemnización

<input type="checkbox"/> Valor Factura ⁽¹⁾ _____ <input type="checkbox"/> Valor Comercial _____ <input type="checkbox"/> Valor Convenido ⁽²⁾ _____ <input type="checkbox"/> Valor Convenido + 10 ⁽³⁾ _____ <input type="checkbox"/> Valor Comercial + 10 ⁽³⁾ _____	<input type="checkbox"/> Valor Convenido - 10 ⁽⁴⁾ _____ <input type="checkbox"/> Valor Declarado ⁽⁵⁾ _____	(1) Aplica solo al presentar factura o carta factura del vehículo expedida a lo más 30 días naturales antes de la fecha en que iniciará la vigencia de la póliza. (2) Aplica solo para residentes, blindados, fronterizos y legalizados (3) Aplica para residentes, fronterizos y legalizados (4) Aplica solo para flotillas residentes (5) Aplica solo para autobuses, microbuses, minibuses y remolques
--	---	---

Coberturas modificables

<input type="checkbox"/> Deducible Daños Materiales Pérdida Total _____ % <input type="checkbox"/> Deducible Daños Materiales Pérdida Parcial _____ % <input type="checkbox"/> Deducible Robo Total _____ % <input type="checkbox"/> Suma Asegurada Responsabilidad Civil por Daños a Terceros _____	<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Gastos Médicos Ocupantes \$ _____ <input type="checkbox"/> Suma Asegurada Accidentes Automovilísticos al Conductor \$ _____ <input type="checkbox"/> Suma Asegurada Responsabilidad Civil por Fallecimiento \$ _____
---	--

Beneficiario Preferente

Las coberturas también se pueden referir como:

a) Daños Materiales de Llantas y/o Rines

b) Cero Deducible en Pérdida Total

c) Reposición de Llaves

ANEXO C "FLOTILLAS" (AUTOMOVILES CORPORATIVOS, CAMIONES, TRACTOS Y REMOLQUES)

Tipo de procedencia		
<input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Fronterizo <input type="checkbox"/> Legalizado <input type="checkbox"/> Otros _____		
Coberturas vehículos (Flotillas)		
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Gastos Médicos Ocupantes Responsabilidad Civil por Daños a Terceros Asistencia Vial Camiones / Autobuses Protección Legal Club Gnp		<input type="checkbox"/> Limitada Responsabilidad Civil + Robo Total <input type="checkbox"/> Amplia Limitada + Daños Materiales Pérdida Total + Daños Materiales Pérdida Parcial + Cristales
Coberturas opcionales vehículos (Flotillas)		
<input type="checkbox"/> Ayuda para Pérdidas Totales	<input type="checkbox"/> Protección Auxiliar	Suma Asegurada \$ _____
<input type="checkbox"/> Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> Accidentes Automovilísticos al Conductor	Suma Asegurada \$ _____
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ocupantes	<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Fallecimiento	Suma Asegurada \$ _____
<input type="checkbox"/> Cero Deducible en Daños Materiales Pérdida Total	<input type="checkbox"/> Extensión de cobertura de Responsabilidad Civil Daños a Terceros	Suma Asegurada \$ _____
<input type="checkbox"/> Maniobras de Carga y Descarga	<input type="checkbox"/> Gastos Médicos al Conductor	Suma Asegurada \$ _____
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ecológica	<input type="checkbox"/> Garantía de Autos Financiados	Suma Asegurada \$ _____
<input type="checkbox"/> Daños por la Carga	<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Cruzada	Suma Asegurada \$ _____
<input type="checkbox"/> Siempre en Agencia	<input type="checkbox"/> Ayuda para Terceros	Suma Asegurada \$ _____
<input type="checkbox"/> Cero Deducible en Robo Total	<input type="checkbox"/> Conductor Protegido	Suma Asegurada \$ _____
<input type="checkbox"/> Daños Materiales de Llantas y/o rines	<input type="checkbox"/> Robo Parcial	Suma Asegurada \$ _____
<input type="checkbox"/> Auto Sustituto _____ días	<input type="checkbox"/> Robo Parcial Plus	Suma Asegurada \$ _____
<input type="checkbox"/> Auto Sustituto Plus _____ días		Suma Asegurada \$ _____
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Accidentes a los Viajeros		
<p>(1) Observaciones y/o especificaciones adjuntas a la Suma Asegurada que se declare, deberá soportarse por avalúo o factura de las Adaptaciones, Conversiones o Equipo especial.</p>		
Formas de Indemnización		
<input type="checkbox"/> Valor Factura ⁽¹⁾ _____	<input type="checkbox"/> Valor Convenido - 10 ⁽⁴⁾ _____	<p>(1) Aplica solo al presentar factura o carta factura del vehículo expedida a lo más 30 días naturales antes de la fecha en que iniciará la vigencia de la póliza. (2) Aplica solo para residentes, blindados, fronterizos y legalizados (3) Aplica para residentes, fronterizos y legalizados (4) Aplica solo para flotillas residentes (5) Aplica solo para autobuses, microbuses, minibuses y remolques</p>
<input type="checkbox"/> Valor Comercial _____	<input type="checkbox"/> Valor Declarado ⁽⁵⁾ _____	
<input type="checkbox"/> Valor Convenido ⁽²⁾ _____		
<input type="checkbox"/> Valor Convenido + 10 ⁽³⁾ _____		
<input type="checkbox"/> Valor Comercial + 10 ⁽³⁾ _____		
Coberturas modificables		
<input type="checkbox"/> Deducible Daños Materiales Pérdida Total _____ %	<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Gastos Médicos Ocupantes _____	
<input type="checkbox"/> Deducible Daños Materiales Pérdida Parcial _____ %	<input type="checkbox"/> Auto Sustituto Plus (10, 15, 20 ó 30 días) _____	
<input type="checkbox"/> Deducible Robo Total _____ %	<input type="checkbox"/> Auto Sustituto (10, 15, 20 ó 30 días) _____	
<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Robo Parcial \$ _____	<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Accidentes Automovilísticos al Conductor _____	
<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Robo Parcial Plus \$ _____	<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Responsabilidad Civil por Fallecimiento _____	
<input type="checkbox"/> Deducible Robo Parcial _____ %		
<input type="checkbox"/> Deducible Robo Parcial Plus _____ %		
<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Responsabilidad Civil por Daños a Terceros _____		
Beneficiario Preferente		

ANEXO D "MOTOS"

Procedencia del automóvil

Residente Fronterizo Legalizado Otros _____

Coberturas Motocicletas

Responsabilidad Civil

Responsabilidad Civil por Daños a Terceros
Protección Legal
Asistencia Vial Motocicletas
Accidentes Automovilísticos al Conductor
Gastos Médicos Ocupantes

Amplia

Limitada + Daños Materiales Pérdida Total +
Daños Materiales Pérdida Parcial

Limitada

Responsabilidad Civil + Robo total

Premium

Amplia + Conductor Protegido + Paga Cero^(a)
Llaves de Respuesto^(b) + Extensión de Responsabilidad Civil
por Daños a Terceros

Amplia Flexible

Limitada + Daños Materiales Pérdida Total

día	mes	año	Vigencia	día	mes	año
			Inicio - Término			

Coberturas opcionales Motocicletas

Individual

Responsabilidad Civil por Fallecimiento _____

Paga Cero^(a)

Garantía de Autos Financiados _____

Extensión de Cobertura de
Responsabilidad Civil por Daños a Terceros

Adaptaciones, Conversiones y _____

Equipo Especial*

Llaves de Respuesto^(b)

Conductor Protegido

Descripción Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial

*La suma asegurada que declare deberá soportarse por avalúo o factura de las Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial.

Formas de Indemnización

Valor Factura⁽¹⁾ _____

Valor Convenido - 10⁽⁴⁾ _____

Valor Comercial _____

Valor Declarado⁽⁵⁾ _____

Valor Convenido⁽²⁾ _____

Valor Convenido + 10⁽³⁾ _____

Valor Comercial + 10⁽³⁾ _____

(1) Aplica solo al presentar factura o carta factura del vehículo expedida a lo más 30 días naturales antes de la fecha en que iniciará la vigencia de la póliza.

(2) Aplica solo para residentes, blindados, fronterizos y legalizados

(3) Aplica para residentes, fronterizos y legalizados

(4) Aplica solo para flotillas residentes

(5) Aplica solo para autobuses, microbuses, minibuses y remolques

Coberturas modificables

Deducible Daños Materiales Pérdida Total _____ %

Deducible Daños Materiales Pérdida Parcial _____ %

Deducible Robo Total _____ %

Suma Asegurada Responsabilidad Civil
por Daños a Terceros _____

Suma Asegurada Gastos

Médicos Ocupantes _____

Suma Asegurada Accidentes

Automovilísticos al Conductor _____

Suma Asegurada Responsabilidad
Civil por Fallecimiento _____

Beneficiario Preferente

Las coberturas también se pueden referir como:

a) Cero Deducible en Pérdida Total

b) Reposición de Llaves

ANEXO E "MOTOS FLOTILLAS"

Coberturas Motocicletas			
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Responsabilidad Civil por Daños a Terceros Accidentes Automovilísticos al Conductor Gastos Médicos Ocupantes Protección Legal Asistencia Vial Motocicletas	<input type="checkbox"/> Limitada Responsabilidad Civil + Robo Total	<input type="checkbox"/> Amplia Limitada + Daños Materiales Pérdidas Totales + Daños Materiales Pérdidas Parciales	
		día mes año	Vigencia
			Inicio - Término
Coberturas opcionales Motocicletas			
Flotillas			
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Fallecimiento _____			
<input type="checkbox"/> Garantía de Autos Financiados			
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Cruzada			
<input type="checkbox"/> Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial* _____			
<input type="checkbox"/> Cero Deducible Robo Total			
Descripción Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial			
*La suma asegurada que declare deberá soportarse por avalúo o factura de las Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial			
Formas de Indemnización			
<input type="checkbox"/> Valor Factura ⁽¹⁾ _____	<input type="checkbox"/> Valor Convenido - 10 ⁽⁴⁾ _____	(1) Aplica solo al presentar factura o carta factura del vehículo expedida a lo más 30 días naturales antes de la fecha en que iniciará la vigencia de la póliza.	
<input type="checkbox"/> Valor Comercial _____	<input type="checkbox"/> Valor Declarado ⁽⁵⁾ _____	(2) Aplica solo para residentes, blindados, fronterizos y legalizados	
<input type="checkbox"/> Valor Convenido ⁽²⁾ _____		(3) Aplica para residentes, fronterizos y legalizados	
<input type="checkbox"/> Valor Convenido + 10 ⁽³⁾ _____		(4) Aplica solo para flotillas residentes	
<input type="checkbox"/> Valor Comercial + 10 ⁽³⁾ _____		(5) Aplica solo para autobuses, microbuses, minibuses y remolques	
Coberturas modificables			
<input type="checkbox"/> Deducible Daños Materiales Pérdida Total _____ %	<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Gastos _____		
<input type="checkbox"/> Deducible Daños Materiales Pérdida Parcial _____ %	<input type="checkbox"/> Médicos Ocupantes _____		
<input type="checkbox"/> Deducible Robo Total _____ %	<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Accidentes _____		
<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Responsabilidad Civil _____	<input type="checkbox"/> Automovilístico al Conductor _____		
por Daños a Terceros _____	<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Responsabilidad _____		
	Civil por Fallecimiento _____		
Beneficiario Preferente			

ANEXO F "AGENCIAS"

Autos y Pick Ups (Agencias)

Responsabilidad Civil
 Gastos Médicos Ocupantes
 Responsabilidad Civil por Daños a Terceros
 Protección Legal
 Club GNP

Limitada
 Responsabilidad Civil + Robo Total

Amplia
 Limitada + Daños Materiales Pérdida Parcial + Daños Materiales Pérdida Total + Cristales

	día mes año	Vigencia Inicio - Término	día mes año
--	-------------	------------------------------	-------------

Coberturas opcionales (Agencias)

<p><input type="checkbox"/> Ayuda para Pérdidas Totales \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ocupantes \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Fallecimiento \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial⁽¹⁾ \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Extensión de Responsabilidad Civil por Daños a Terceros \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Accidentes Automovilísticos al Conductor \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Protección Auxiliar \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Gastos Médicos al Conductor \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Accidentes a los Viajeros \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cero Deducible en Pérdida Parcial \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cero Deducible en Robo Total \$ _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Robo Parcial \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Robo Parcial Plus \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre en Agencias \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Daños Materiales de Llantas y/o Rines \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cero Deducible en Pérdida Total por Daños Materiales \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Reposición de Llaves \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Garantía de Autos Financiados \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Conductor Protegido \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ayuda para Pérdidas Parciales \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Extensión de Responsabilidad Civil por Daños a Terceros \$ _____</p>
---	--

Asistencias

Auto Sustituto _____ días

Auto Sustituto Plus _____ días

(1) Observaciones y/o especificaciones adjuntas a la Suma Asegurada que se declare, deberá soportarse por avalúo o factura de las Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial.

Coberturas opcionales (Agencias Uso Comercial)

<p><input type="checkbox"/> Daños por la Carga \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Maniobras de Carga y Descarga \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ecológica \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Gastos Médicos al Conductor \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Accidentes a los Viajeros \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Cruzada \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ayuda para Terceros \$ _____</p>	<p>Suma Asegurada</p>
---	-----------------------

Coberturas / Asistencias modificables

<p><input type="checkbox"/> Deducible Daños Materiales Pérdida Total _____ %</p> <p><input type="checkbox"/> Deducible Daños Materiales Pérdida Parcial _____ %</p> <p><input type="checkbox"/> Deducible Robo Total _____ %</p> <p><input type="checkbox"/> Suma Asegurada Robo Parcial \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Suma Asegurada Robo Parcial Plus \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Deducible Robo Parcial _____ %</p> <p><input type="checkbox"/> Deducible Robo Parcial Plus _____ %</p> <p><input type="checkbox"/> Suma Asegurada Responsabilidad Civil por Daños a Terceros _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Suma Asegurada Gastos Médicos Ocupantes _____</p> <p><input type="checkbox"/> Auto Sustituto Plus (10, 15, 20 ó 30 días) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Auto Sustituto (10, 15, 20 ó 30 días) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Suma Asegurada Accidentes Automovilísticos al Conductor _____</p> <p><input type="checkbox"/> Suma Asegurada Responsabilidad Civil por Fallecimiento _____</p>
--	---

Motocicletas (Agencias)

Responsabilidad Civil
 Responsabilidad Civil por Daños a Terceros
 Accidentes al Conductor
 Asistencia Vial Motocicletas
 Protección Legal

Amplia
 Limitada + Daños Materiales Pérdida Parcial + Daños Materiales Pérdida Total + Gastos Médicos Ocupantes

Limitada
 Responsabilidad Civil + Robo Total

	día mes año	Vigencia Inicio - Término	día mes año
--	-------------	------------------------------	-------------

Coberturas opcionales (Agencias Motocicletas)

<p><input type="checkbox"/> Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial⁽¹⁾ \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Accidentes Automovilísticos al Conductor \$ _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Fallecimiento \$ _____</p>
---	--

¹La suma asegurada que declare deberá soportarse por avalúo o factura de las Adaptaciones Conversiones y Equipo Especial

ANEXO F “AGENCIAS”

Coberturas vehículos (Equipo Pesado)															
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Gastos Médicos Ocupantes Responsabilidad Civil por Daños a Terceros Protección Legal	<input type="checkbox"/> Limitada Responsabilidad Civil + Robo Total <input type="checkbox"/> Amplia Limitada + Daños Materiales Pérdida Total + Daños Materiales Pérdida Parcial + Cristales														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; text-align: center;">día</td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; text-align: center;">mes</td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; text-align: center;">año</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30%; text-align: center;">Vigencia Inicio - Término</td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; text-align: center;">día</td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; text-align: center;">mes</td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; text-align: center;">año</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>		día	mes	año	Vigencia Inicio - Término	día	mes	año							
día	mes	año	Vigencia Inicio - Término	día	mes	año									
Coberturas opcionales vehículos (Equipo Pesado)															
<input type="checkbox"/> Ayuda para Pérdidas Totales <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ocupantes <input type="checkbox"/> Cero Deducible en Pérdida Total por Daños Materiales <input type="checkbox"/> Maniobras de Carga y Descarga <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ecológica <input type="checkbox"/> Daños por la Carga <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Accidentes a los Viajeros	<input type="checkbox"/> Accidentes Automovilísticos al Conductor <input type="checkbox"/> Adaptaciones, Conversiones y Equipo Especial ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Fallecimiento <input type="checkbox"/> Gastos Médicos al Conductor <input type="checkbox"/> Ayuda para Pérdidas Parciales Camiones / Autobuses <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Cruzada <input type="checkbox"/> Ayuda para Terceros	Suma Asegurada \$ _____ Suma Asegurada \$ _____													
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>¹Observaciones y/o especificaciones adjuntas a la Suma Asegurada que se declare deberá soportarse por avalúo o factura de las Adaptaciones, Conversiones o Equipo especial.</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>Asistencias</p> <input type="checkbox"/> Asistencia Vial Autobuses <input type="checkbox"/> Asistencia Vial Camiones <input type="checkbox"/> Camión Sustituto por Pérdida Total <input type="checkbox"/> Camión Sustituto por Pérdida Parcial o Total </div> </div>															
Coberturas / Asistencias modificables															
<input type="checkbox"/> Deducible Daños Materiales Pérdida Total _____ % <input type="checkbox"/> Deducible Daños Materiales Pérdida Parcial _____ % <input type="checkbox"/> Deducible Robo Total _____ % <input type="checkbox"/> Suma Asegurada Responsabilidad Civil por Daños a Terceros _____ <input type="checkbox"/> Suma Asegurada Responsabilidad Civil por Fallecimiento _____	<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Gastos Médicos Ocupantes \$ _____ <input type="checkbox"/> Camión Sustituto por Pérdida Total \$ _____ <input type="checkbox"/> Camión Sustituto por Pérdida Parcial o Total \$ _____ <input type="checkbox"/> Suma Asegurada Accidentes Automovilísticos al Conductor \$ _____														
Formas de Indemnización															
<input type="checkbox"/> Valor Factura ⁽¹⁾ _____ <input type="checkbox"/> Valor Comercial _____ <input type="checkbox"/> Valor Comercial +10 _____ <input type="checkbox"/> Valor Reposición ^(1,2) _____ <input type="checkbox"/> Valor Declarado ⁽³⁾ _____	<p>(1) Valido para últimos modelos (Aplica solo al presentar factura o carta factura del vehículo expedida a lo más 30 días naturales antes de la fecha en que iniciará la vigencia de la póliza)</p> <p>(2) Aplica únicamente Autos y Pickups</p> <p>(3) Aplica únicamente Equipo Pesado</p>														
Beneficiario Preferente ⁽¹⁾															

1 Autos, Motos, Pickups, Equipo Pesado.

ANEXO G “GNP COMPLEMENTO SOCIO CONDUCTOR”

Coberturas para Automóviles									
<input type="checkbox"/> Amplia Daños Materiales Pérdida Total + Daños Materiales Pérdida Parcial + Robo Total + Gastos Médicos Ocupantes + Accidentes al Conductor + Responsabilidad Civil por Daños a Terceros + Responsabilidad Civil Fallecimiento + Protección Legal + Club GNP									
			día	mes	año	Vigencia	día	mes	año
						Inicio - Término			
Formas de Indemnización									
<input type="checkbox"/> Valor Factura Últimos Modelos			<input type="checkbox"/> Valor Comercial						
(Aplica solo al presentar factura o carta factura del vehículo expedida a lo más 30 días naturales antes de la fecha en que iniciará vigencia la póliza)			<input type="checkbox"/> Valor Convenido						
Beneficiario Preferente									

Informativo