

34 56-GRUPO
RE

LINEA AZUL
Protección Integral

No. de Póliza

28 601639

Contratante	CORPORACION INNOVATIVA, S.A. DE C.V. (DIRECTORES)	R.F.C.	CIN 981030 FF3
Domicilio	VERSALLES NO. 50 JUAREZ DEL CUAUHTEMO MEXICO, D.F.	C.P.	06600
		Teléfono	

Desde			Vigencia			Hasta			No. de Cobranza		Forma de Pago		Fecha de Expedición	
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año						
01	08	2003	01	08	2004				28601692		SEMESTRAL		13/08/2003	
Planes									Suma Asegurada		Deducible		Coaseguro	
PREMIER 100 (GMM1)									1,000.00 S.M.G.M.		1.00 S.M.G.M.		10 %	
MEDICA MOVIL (MMG)														
PREEXISTENCIA														

Coberturas Adicionales

CLAUSULA EMERGENCIA EN EXTRANJERO (CEE) CLAUSULA AMPLIACION DE BENEFICIOS CAB1
TABULADOR 4.OMNIA CLAUSULA DE DEPORTES PELIGROSOS (CDP)

Endosos que se Anexan a esta Póliza

LE RECOMENDAMOS LEER LOS ENDOSOS QUE SE MENCIONAN A CONTINUACION, YA QUE ESTOS MODIFICAN Y/O ADICIONAN LAS CONDICIONES DE SU POLIZA: 3 1

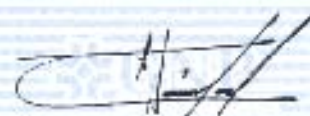
EL PLAZO PARA PAGAR LA 1A FRACCION DE LA PRIMA ES DE 30 DIAS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DEL RECIBO

Grupo Nacional Provincial, S.A. (denominada en adelante la Compañía) cubre al Asegurado arriba citado y lo protege de acuerdo con las condiciones y endosos de este contrato en caso de accidente o enfermedad, conforme a las coberturas enumeradas y por las sumas aseguradas respectivas, siempre que el accidente o enfermedad se manifieste durante la vigencia de la póliza y no esté excluida conforme a las estipulaciones del contrato.

Prima Neta		Derecho de Póliza		Rec. por Pago Fracc.		Prima Total		I.V.A.		Total a Pagar		Importe 1er. Recibo		Importe Recib. Subs.	
\$ 144,690.77		\$ 300.00		\$ 7,504.78		\$ 152,495.56		\$ 22,874.33		\$ 175,369.89		\$ 87,684.95		\$ 87,684.95	
Moneda	Edo. Población	Nombre del Agente				Clave	Zona	% Com.							
								5.00							
M.N.		ADMN DE RIESGOS AGTE. DE SE				6159	0819	17.50							

Observaciones:

Grupo Nacional Provincial, S.A.



Director General
GNP Gastos Médicos y Accidentes

* El equivalente en M.N. a U.S. D.L.S. * Dólares Norteamericanos SMGM- Salario Mínimo General Mensual

34 RN

LINEA AZUL
Protección Integral

No. de Póliza 28601639

Contratante	CORPORACION INNOVATIVA, S.A. DE C.V. (DIREC	R.F.C.	CIN 981030FF3
Domicilio	VERSALLES NO. 50	C.P.	06600
	JUAREZ DEL CUAUHTEMO MEXICO, D.F.	Teléfono	

Desde	Vigencia	Hasta	No. de Cobranza	Forma de Pago	Fecha de Expedición
Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año			
01 08 2003	01 08 2004		28601692	SEMESTRAL	13/08/2003

Registro de Asegurados que Forma Parte Integrante de la Póliza

No. Certificado	Nombre Completo	Edad	Cobertura	Suma Asegurada	Prima Cobertura	Fecha de Emisión
0000001A	LIANO CUENCA RICARDO SERGIO PLAN	54	GMM CEE CAB MMG	1,000 SMGM 50,000 DLLS 1,000 SMGM 94.75	1,974.31 52.50 493.55 94.75	FECHA ANT. 01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002
0000001B	GONZALEZ DE LIANO MA. DE LOURDES PLAN	57	GMM CEE CAB MMG	1,000 SMGM 50,000 DLLS 1,000 SMGM 94.75	2,527.45 52.50 631.89 94.75	01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002
0000001C	LIANO GONZALEZ DAVID PLAN	23	GMM CEE CAB MMG	1,000 SMGM 50,000 DLLS 1,000 SMGM 94.75	725.97 52.50 181.49 94.75	01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002
0000001D	LIANO GONZALEZ CARLOS RICARDO PLAN	21	GMM CEE CAB MMG	1,000 SMGM 50,000 DLLS 1,000 SMGM 94.75	725.97 52.50 181.49 94.75	01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002
0000002A	LIANO CUENCA ROBERTO PLAN	52	GMM CEE CAB MMG	1,000 SMGM 50,000 DLLS 1,000 SMGM 94.75	1,974.31 52.50 493.55 94.75	01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002
0000002B	GOES FERNANDEZ MARIA YOLANDA PLAN	46	GMM CEE CAB MMG	1,000 SMGM 50,000 DLLS 1,000 SMGM 94.75	1,898.97 52.50 474.75 94.75	01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002
0000002C	LIANO GOES DENISE YOLANDA PLAN	20	GMM CEE CAB MMG	1,000 SMGM 50,000 DLLS 1,000 SMGM 94.75	939.69 52.50 234.93 94.75	01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002
0000002D	LIANO GOES DANIEL ALEJANDRO PLAN	16	GMM CEE CAB MMG	1,000 SMGM 50,000 DLLS 1,000 SMGM 94.75	635.40 52.50 158.86 94.75	01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002
0000002E	LIANO GOES ROBERTO EDUARDO PLAN	19	GMM CEE CAB MMG	1,000 SMGM 50,000 DLLS 1,000 SMGM 94.75	635.40 52.50 158.86 94.75	01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002
0000003A	ZAPATA AKINCILAR HERNAN	37	GMM	1,000 SMGM	1,137.62	01/08/2002

* El equivalente en M.N. a U.S. DLLS. = Dólares Norteamericanos SMGM= Salario Mínimo General Mensual

AZ50.elx

AGENTE

2000

34 RN

LINEA AZUL
Protección Integral

No. de Póliza 28601639

Contratante	CORPORACION INNOVATIVA, S.A. DE C.V. (DIREC	R.F.C.	CIN 981030FF3
Domicilio	VERSALLES NO. 50	C.P.	06600
	JUAREZ DEL CUAUHTEMO MEXICO, D.F.	Teléfono	

Desde	Vigencia	Hasta	No. de Cobranza	Forma de Pago	Fecha de Expedición
Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año			
01 08 2003	01 08 2004		28601692	SEMESTRAL	13/08/2003

Registro de Asegurados que Forma Parte Integrante de la Póliza

No. Certificado	Nombre Completo	Edad	Cobertura	Suma Asegurada	Prima Cobertura	Fecha de Emisión
	PLAN		CEE	50,000 DLLS	52.50	FECHA ANT.
			CAB	1,000 SMGM	284.39	01/08/2002
			MMG		94.75	01/08/2002
0000003B	DUFRESNE DE ZAPATA MARIE A.	32	GMM	1,000 SMGM	1,289.55	01/08/2002
	PLAN		CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
			CAB	1,000 SMGM	322.40	01/08/2002
			MMG		94.75	01/08/2002
0000003C	ZAPATA DUFRESNE PABLO HERNAN	4	GMM	1,000 SMGM	579.75	01/08/2002
	PLAN		CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
			CAB	1,000 SMGM	144.95	01/08/2002
			MMG		94.75	01/08/2002
0000003D	ZAPATA DUFRESNE ALEJANDRO CLAUDIO	2	GMM	1,000 SMGM	579.75	01/08/2002
	PLAN		CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
			CAB	1,000 SMGM	144.95	01/08/2002
			MMG		94.75	01/08/2002
0000004A	ZAPATA BAKAS CLAUDIO	44	GMM	1,000 SMGM	1,338.01	01/08/2002
	PLAN		CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
			CAB	1,000 SMGM	334.53	01/08/2002
			MMG		94.75	01/08/2002
0000004B	SUTCLIFFE DE ZAPATA PATRICIA	44	GMM	1,000 SMGM	1,678.42	01/08/2002
	PLAN		CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
			CAB	1,000 SMGM	419.63	01/08/2002
			MMG		94.75	01/08/2002
0000004C	ZAPATA SUTCLIFFE TANYA	11	GMM	1,000 SMGM	567.47	01/08/2002
	PLAN		CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
			CAB	1,000 SMGM	141.85	01/08/2002
			MMG		94.75	01/08/2002
0000004D	ZAPATA SUTCLIFFE CLAUDIO	9	GMM	1,000 SMGM	567.47	01/08/2002
	PLAN		CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
			CAB	1,000 SMGM	141.85	01/08/2002
			MMG		94.75	01/08/2002
0000005A	AKINCILAR DE ZAPATA GULEN	63	GMM	1,000 SMGM	3,198.03	01/08/2002
	PLAN		CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
			CAB	1,000 SMGM	799.52	01/08/2002
			MMG		94.75	01/08/2002
0000007A	OLIVA SALINAS JOSE RODRIGO	55	GMM	1,000 SMGM	2,630.51	01/08/2002
	PLAN		CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002

* El equivalente en M.N. a

U.S. DLLS.= Dólares Norteamericanos

SMGM= Salario Mínimo General Mensual

AZ50.elx

AGENTE

2000

34 RN

LINEA AZUL
Protección Integral

No. de Póliza 28601639

Contratante	CORPORACION INNOVATIVA, S.A. DE C.V. (DIREC	R.F.C.	CIN 981030FF3
Domicilio	VERSALLES NO. 50	C.P.	06600
	JUAREZ DEL CUAUHTEMO MEXICO, D.F.	Teléfono	

Desde	Vigencia	Hasta	No. de Cobranza	Forma de Pago	Fecha de Expedición
Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año			
01 08 2003	01 08 2004		28601692	SEMESTRAL	13/08/2003

Registro de Asegurados que Forma Parte Integrante de la Póliza

No. Certificado	Nombre Completo	Edad	Cobertura	Suma Asegurada	Prima Cobertura	Fecha de Emisión
						FECHA ANT.
0000007B	BAUTISTA DE OLIVA MARIA TERESA PLAN	51	CAB	1,000 SMGM	657.61	01/08/2002
			MMG		94.75	01/08/2002
			GMM	1,000 SMGM	2,134.65	01/08/2002
			CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
0000007C	OLIVA BAUTISTA VANESA PLAN	25	CAB	1,000 SMGM	533.66	01/08/2002
			MMG		94.75	01/08/2002
			GMM	1,000 SMGM	1,143.81	01/08/2002
			CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
0000007D	OLIVA BAUTISTA MELISSA PLAN	21	CAB	1,000 SMGM	285.96	01/08/2002
			MMG		94.75	01/08/2002
			GMM	1,000 SMGM	939.69	01/08/2002
			CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
0000008A	POSADA GUERRA JOSE MARIA PLAN	44	CAB	1,000 SMGM	234.93	01/08/2002
			MMG		94.75	01/08/2002
			GMM	1,000 SMGM	1,338.01	01/08/2002
			CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
0000008B	FONSECA PEREDA MA. DEL PILAR PLAN	42	CAB	1,000 SMGM	334.53	01/08/2002
			MMG		94.75	01/08/2002
			GMM	1,000 SMGM	1,678.42	01/08/2002
			CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
0000008C	POSADA FONSECA MA. DEL PILAR PLAN	15	CAB	1,000 SMGM	419.63	01/08/2002
			MMG		94.75	01/08/2002
			GMM	1,000 SMGM	635.40	01/08/2002
			CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
0000008D	POSADA FONSECA JOSE MARIA PLAN	13	CAB	1,000 SMGM	158.86	01/08/2002
			MMG		94.75	01/08/2002
			GMM	1,000 SMGM	567.47	01/08/2002
			CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
0000009A	RAMIREZ BAYARDO MAURICIO PLAN	36	CAB	1,000 SMGM	141.85	01/08/2002
			MMG		94.75	01/08/2002
			GMM	1,000 SMGM	1,137.62	01/08/2002
			CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
0000009B	CASTELLANOS CRUZ SONIA VERONICA PLAN	34	CAB	1,000 SMGM	284.39	01/08/2002
			MMG		94.75	01/08/2002
			GMM	1,000 SMGM	1,289.55	01/08/2002
			CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
			CAB	1,000 SMGM	322.40	01/08/2002

* El equivalente en M.N. a U.S. DLLS.= Dólares Norteamericanos SMGM= Salario Mínimo General Mensual

AZ50.elx

AGENTE

2000

34 RN

LINEA AZUL
Protección Integral

No. de Póliza 28601639

Contratante	CORPORACION INNOVATIVA, S.A. DE C.V. (DIREC	R.F.C.	CIN 981030FF3
Domicilio	VERSALLES NO. 50	C.P.	06600
	JUAREZ DEL CUAUHTEMO MEXICO, D.F.	Teléfono	

Desde	Vigencia	Hasta	No. de Cobranza	Forma de Pago	Fecha de Expedición
Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año			
01 08 2003	01 08 2004		28601692	SEMESTRAL	13/08/2003

Registro de Asegurados que Forma Parte Integrante de la Póliza

No. Certificado	Nombre Completo	Edad	Cobertura	Suma Asegurada	Prima Cobertura	Fecha de Emisión
						FECHA ANT.
0000009C	RAMIREZ CASTELLANOS ANA REGINA PLAN	1	MMG		94.75	01/08/2002
			GMM	1,000 SMGM	579.75	01/08/2002
			CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
			CAB	1,000 SMGM	144.95	01/08/2002
0000011A	ARREOLA STEGER MARIA DEL CARMEN PLAN	47	MMG		94.75	01/08/2002
			GMM	1,000 SMGM	1,598.36	01/08/2002
			CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
			CAB	1,000 SMGM	399.57	01/08/2002
0000011B	MESTRE CARDENAS MIGUEL PLAN	57	MMG		94.75	01/08/2002
			GMM	1,000 SMGM	2,527.45	01/08/2002
			CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
			CAB	1,000 SMGM	631.89	01/08/2002
0000011C	MESTRE ARREOLA MARIEL PLAN	16	MMG		94.75	01/08/2002
			GMM	1,000 SMGM	635.40	01/08/2002
			CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
			CAB	1,000 SMGM	158.86	01/08/2002
0000011D	MESTRE ARREOLA SOFIA PLAN	14	MMG		94.75	01/08/2002
			GMM	1,000 SMGM	567.47	01/08/2002
			CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
			CAB	1,000 SMGM	141.85	01/08/2002
0000011E	MESTRE ARREOLA MIGUEL PLAN	9	MMG		94.75	01/08/2002
			GMM	1,000 SMGM	567.47	01/08/2002
			CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
			CAB	1,000 SMGM	141.85	01/08/2002
0000012A	AVILA AYALA GILBERTO PLAN	39	MMG		94.75	01/08/2002
			GMM	1,000 SMGM	1,137.62	01/08/2002
			CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
			CAB	1,000 SMGM	284.39	01/08/2002
0000012B	RIVEROS HERNANDEZ LINDA J. PLAN	39	MMG		94.75	01/08/2002
			GMM	1,000 SMGM	1,478.24	01/08/2002
			CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
			CAB	1,000 SMGM	369.54	01/08/2002
0000012C	AVILA RIVEROS DIEGO PLAN	9	MMG		94.75	01/08/2002
			GMM	1,000 SMGM	567.47	01/08/2002
			CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2002
			CAB	1,000 SMGM	141.85	01/08/2002
			MMG		94.75	01/08/2002

* El equivalente en M.N. a U.S. DLLS.= Dólares Norteamericanos SMGM= Salario Mínimo General Mensual

AZ50.elx

AGENTE

2000

34 RN

LINEA AZUL
Protección Integral

No. de Póliza 28601639

Contratante	CORPORACION INNOVATIVA, S.A. DE C.V. (DIREC	R.F.C.	CIN 981030FF3
Domicilio	VERSALLES NO. 50	C.P.	06600
	JUAREZ DEL CUAUHTEMO MEXICO, D.F.	Teléfono	

Desde	Vigencia	Hasta	No. de Cobranza	Forma de Pago	Fecha de Expedición
Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año			
01 08 2003	01 08 2004		28601692	SEMESTRAL	13/08/2003

Registro de Asegurados que Forma Parte Integrante de la Póliza

No. Certificado	Nombre Completo	Edad	Cobertura	Suma Asegurada	Prima Cobertura	Fecha de Emisión
0000012D	AVILA RIVEROS DANIELA PLAN	7	GMM CEE CAB MMG	1,000 SMGM 50,000 DLLS 1,000 SMGM 94.75	567.47 52.50 141.85 94.75	FECHA ANT. 01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002
0000014A	DIAZ LOPEZ OBED PLAN	37	GMM CEE CAB MMG	1,000 SMGM 50,000 DLLS 1,000 SMGM 94.75	1,137.62 52.50 284.39 94.75	01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002
0000014B	ESTRADA HAMPTON TERESA PLAN	39	GMM CEE CAB MMG	1,000 SMGM 50,000 DLLS 1,000 SMGM 94.75	1,478.24 52.50 369.54 94.75	01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002
0000014C	DIAZ ESTRADA OBED ISSAC PLAN	13	GMM CEE CAB MMG	1,000 SMGM 50,000 DLLS 1,000 SMGM 94.75	567.47 52.50 141.85 94.75	01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002
0000014D	DIAZ ESTRADA AILIN ESTEFANIA PLAN	11	GMM CEE CAB MMG	1,000 SMGM 50,000 DLLS 1,000 SMGM 94.75	567.47 52.50 141.85 94.75	01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002
0000014E	DIAZ ESTRADA DIEGO JARED PLAN	7	GMM CEE CAB MMG	1,000 SMGM 50,000 DLLS 1,000 SMGM 94.75	567.47 52.50 141.85 94.75	01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002 01/08/2002
0000017A	CATaneo SAMANO SERGIO ROBERTO PLAN	43	GMM CEE CAB MMG	1,000 SMGM 50,000 DLLS 1,000 SMGM 94.75	1,338.01 52.50 334.53 94.75	01/08/2003 01/08/2003 01/08/2003 01/08/2003
0000017B	BARCENAS CALAFF MARTHA ELBA PLAN	41	GMM CEE CAB MMG	1,000 SMGM 50,000 DLLS 1,000 SMGM 94.75	1,678.42 52.50 419.63 94.75	01/08/2003 01/08/2003 01/08/2003 01/08/2003
0000017C	CATaneo BARCENAS CRISTOPHER GIOVAN PLAN	19	GMM CEE CAB MMG	1,000 SMGM 50,000 DLLS 1,000 SMGM 94.75	635.40 52.50 158.86 94.75	01/08/2003 01/08/2003 01/08/2003 01/08/2003
0000017D	CATaneo BARCENAS JENNIFER SAMANTHA	14	GMM	1,000 SMGM	567.47	01/08/2003

* El equivalente en M.N. a U.S. DLLS.= Dólares Norteamericanos SMGM= Salario Mínimo General Mensual

AZ50.elx

AGENTE

2000

34 RN

LINEA AZUL
Protección Integral

No. de Póliza **28601639**

Contratante	CORPORACION INNOVATIVA, S.A. DE C.V. (DIREC	R.F.C.	CIN 981030FF3
Domicilio	VERSALLES NO. 50	C.P.	06600
	JUAREZ DEL CUAUHTEMO MEXICO, D.F.	Teléfono	

Desde	Vigencia	Hasta	No. de Cobranza	Forma de Pago	Fecha de Expedición
Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año			
01 08 2003	01 08 2004		28601692	SEMESTRAL	13/08/2003

Registro de Asegurados que Forma Parte Integrante de la Póliza

No. Certificado	Nombre Completo	Edad	Cobertura	Suma Asegurada	Prima Cobertura	Fecha de Expedición
	PLAN		CEE	50,000 DLLS	52.50	01/08/2003
			CAB	1,000 SMGM	141.85	01/08/2003
			MMG		94.75	01/08/2003

* El equivalente en M.N. a

U.S. DLLS. = Dólares Norteamericanos

SMGM= Salario Mínimo General Mensual

AZ50.elx

AGENTE

2000

34 RN

LINEA AZUL
Protección Integral

No. de Póliza 28601639

Contratante	CORPORACION INNOVATIVA, S.A. DE C.V. (DIREC	R.F.C.	CIN 981030FF3
Domicilio	VERSALLES NO. 50	C.P.	06600
	JUAREZ DEL CUAUHTEMO MEXICO, D.F.	Teléfono	

Desde Vigencia Hasta			No. de Cobranza	Forma de Pago	Fecha de Expedición
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
01	08	2003	01	08	2004
			28601692	SEMESTRAL	13/08/2003

Registro de Asegurados que Forma Parte Integrante de la Póliza

No. Certificado	Nombre Completo	Edad	Cobertura	Suma Asegurada	Prima Cobertura	Fecha de Vencimiento
TOTAL POR COBERTURAS						
			GMM	1,000 SMGM	\$55,233.13	
			CEE	50,000 DLLS	\$2,467.50	
			CAB	1,000 SMGM	\$13,808.38	
			OMN		\$0.00	
			BMM		\$4,453.57	
	ASEGURADOS	47			\$75,962.59	
	ASEGURADOS PRINCIPALES:	12				
	DERECHO POLIZA A COBRAR			\$14,100.00		

* El equivalente en M.N. a

U.S. DLLS.= Dólares Norteamericanos

SMGM= Salario Mínimo General Mensual

AZ50.elx

AGENTE

2000

34 ED

LINEA AZUL
Protección Integral

No. de Póliza 28 601639

Contratante	CORPORACION INNOVATIVA, S.A. DE C.V. (DIRECTO)	R.F.C.	CIN 981030FF3
Domicilio	VERSALLES NO. 50 JUAREZ DEL CUAUHTEMO MEXICO, D.F.	C.P.	06600
		Teléfono	000 0000

Desde			Vigencia			Hasta			No. de Cobranza			Forma de Pago			Fecha de Expedición			Días por Transcurrir		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año												
01	08	2003	01	08	2004				28601692			SEMESTRAL			21/08/	2003		366		

ENDOSO B

Para formar parte de la Póliza

No. de Endoso: 28-3-105842

1. PREEXISTENCIA RESPETANDO ANTIGÜEDAD CON CONGENITOS
DE REFERENCIA EL BENEFICIO DE COBERTURA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES BAJO LAS CONDICIONES DEL PLAN, SIEMPRE Y CUANDO EL TRATAMIENTO MEDICO O QUIRURGICO DEL ASEGURADO SEA A CONSECUENCIA DE ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE CUBIERTO POR LA POLIZA Y HAYA TENIDO PERIODOS CONTINUOS DE COBERTURA, POR LO QUE SE CUBRIRAN SOLO AQUELLOS PADECIMIENTOS CUYOS SINTOMAS O SIGNOS SE HAYAN MANIFESTADO POSTERIOR A LA FECHA DE ANTIGÜEDAD ASEGURADA O INICIO DE LA RELACION LABORAL. SE CUBREN PADECIMIENTOS CONGENITOS DE LOS ASEGURADOS NACIDOS FUERA DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA DE ACUERDO AL ENDOSO DE PADECIMIENTOS CONGENITOS.
LOS GASTOS COMPLEMENTARIOS DE VIGENCIAS ANTERIORES SE PAGARAN HASTA EL REMANENTE DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA CUANDO SE ORIGINO EL PRIMER GASTO.
ESTE ENDOSO NO OPERA PARA EL CASO DE SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).



Los demás términos y condiciones del contrato anotados en los registros de esta compañía, no sustraen variación alguna.
Este documento no podrá ser expedido por personal no autorizado.

Nombre del Agente	Clave	Zona
ADMON DE RIESGOS AGTE. DE SEGS	06159	0819

Observaciones:

Grupo Nacional Provincial, S.A.

Director General
GNP Gastos Médicos Mayores

* El equivalente en M.N. a

U.S. DLLS.= Dólares Norteamericanos

SMGM= Salario Mínimo General Mensual

AZ56.elx

AGENTE

2000

34 ED

LINEA AZUL
Protección Integral

No. de Póliza 28 601639

Contratante	CORPORACION INNOVATIVA, S.A. DE C.V. (DIRECTO	R.F.C.	CIN 981030FF3
Domicilio	VERSALLES NO. 50 JUAREZ DEL CUAUHTEMO MEXICO, D.F.	C.P.	06600
		Teléfono	000 0000

Desde			Vigencia			Hasta			No. de Cobranza	Forma de Pago	Fecha de Expedición	Días por Transcurrir
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año				
01	08	2003	01	08	2004				28601692	SEMESTRAL	21/08/ 2003	366

ENDOSO B

Para formar parte de la Póliza

No. de Endoso: 28-3-105843

2. APLICACION DE DEDUCIBLE Y COASEGURO EN PROGRAMACION SI SE ATIENDE CON - MEDICO DEL CIRCULO CONTRATADO SE ELIMINA EL DEDUCIBLE Y COASEGURO, SI EL - MEDICO TRATANTE NO PERTENECE AL CIRCULO MEDICO CONTRATADO SE APLICARA DE-- DUCIBLE Y COASEGURO, SI EL MEDICO TRATANTE NO PERTENECE AL CIRCULO MEDICO CONTRATADO PERO ESTE SE AJUSTA SE ELIMINA DEDUCIBLE Y COASEGURO.

3. ACCIDENTE

NO SE APLICARA DEDUCIBLE NI COASEGURO CUANDO LA ATENCION MEDICA SEA DENTRO DE LOS PRIMEROS DIEZ DIAS DE OCURRIDO EL ACCIDENTE AUN CUANDO LOS MEDICOS Y HOSPITALES NO SEAN DE CONVENIO.

EN CUALQUIER CIRUGIA O TRATAMIENTO MEDICO, QUE NO SEA PROGRAMADO Y SE LLEVE A CABO DESPUES DE LOS DIEZ DIAS OCURRIDO EL ACCIDENTE, SE COBRARA EL DEDUCIBLE Y COASEGURO CORRESPONDIENTES, SIN QUE SEA NECESARIO REBASAR EL MONTO DE DEDUCIBLE.

... 2 ...

Los demás términos y condiciones del contrato anotados en los registros de esta compañía, no sufren variación alguna.
Este documento no podrá ser expedido por personal no autorizado.

Nombre del Agente	Clave	Zona
ADMON DE RIESGOS AGTE. DE SEGS	06159	0819

Observaciones:

Grupo Nacional Provincial, S.A.

Director General
GNP Gastos Médicos Mayores

* El equivalente en M.N. a

U.S. DLLS.= Dólares Norteamericanos

SMGM= Salario Mínimo General Mensual

AZ56.elx

AGENTE

2000

34 ED

LINEA AZUL
Protección Integral

No. de Póliza 28 601639

Contratante **CORPORACION INNOVATIVA, S.A. DE C.V. (DIRECTO**

R.F.C. **CIN 981030FF3**

Domicilio **VERSALLES NO. 50
JUAREZ DEL CUAUHTEMO
MEXICO, D.F.**

C.P. **06600**

Teléfono **000 0000**

Desde Vigencia Hasta			No. de Cobranza			Forma de Pago	Fecha de Expedición	Días por Transcurrir
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año			
01	08	2003	01	08	2004	28601692	SEMESTRAL	21/08/ 2003 366

ENDOSO B

Para formar parte de la Póliza

No. de Endoso: **28-3-105845**

4. OPERACION CESAREA:

POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO, SE OTORGA A LOS ASEGURADOS DE LA POLIZA DE REFERENCIA EL BENEFICIO DE COBERTURA PARA CESAREA CUBIERTA COMO ENFERMEDAD Y APLICANDO 5 S.M.G.M. DE DEDUCIBLE Y COASEGURO DE LA POLIZA. APLICA RECONOCIMIENTO DE ANTIGUEDAD PARA ELIMINAR PERIODO DE ESPERA PARA ESTE PADECIMIENTO

5. POR MEDIO DE ESTE ENDOSO SE OTORGA A LA PRESENTE POLIZA EL BENEFICIO DE TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA CORREGIR LA MIOPIA Y/O EL ASTIGMATISMO, - SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO TENGA MAS DE 5 DIOPTRIAS EN CADA OJO POR - CONCEPTO DE ASTIGMATISMO O MIOPIA Y SEA REVISADO POR UN MEDICO OFTAL--- MOLOGO DE LA RED ANTES DE EFECTUARSE LA CIRUGIA. SE CUBRE HASTA UN - MAXIMO DE 20 S.M.G.M. Y CON LA APLICACION DE DEDUCIBLE Y COASEGURO.

... 3 ...

Los demás términos y condiciones del contrato anotados en los registros de esta compañía, no sufren variación alguna.
Este documento no podrá ser expedido por personal no autorizado.

Nombre del Agente	Clave	Zona
ADMON DE RIESGOS AGTE. DE SEGS	06159	0819

Observaciones:

Grupo Nacional Provincial, S.A.



Director General
GNP Gastos Médicos Mayores

* El equivalente en M.N. a

U.S. DLLS.= Dólares Norteamericanos

SMGM= Salario Mínimo General Mensual

AZ56.elx

AGENTE

2000

34 ED

LINEA AZUL
Protección Integral

No. de Póliza **28 601639**

Contratante	CORPORACION INNOVATIVA, S.A. DE C.V. (DIRECTO	R.F.C.	CIN 981030FF3
Domicilio	VERSALLES NO. 50 JUAREZ DEL CUAUHTEMO MEXICO, D.F.	C.P.	06600
		Teléfono	000 0000

Desde			Vigencia			Hasta			No. de Cobranza	Forma de Pago	Fecha de Expedición	Días por Transcurrir
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año				
01	08	2003	01	08	2004				28601692	SEMESTRAL	21/08/ 2003	366

ENDOSO B

Para formar parte de la Póliza

No. de Endoso: **28-3-105846**

6. POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO, SE CUBREN LOS PADECIMIENTOS CONGENITOS DE LOS ASEGURADOS NACIDOS FUERA DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA SIEMPRE Y CUANDO:

- A. NO HAYAN PRESENTADO SIGNOS NI SINTOMAS A LA FECHA DE INICIO DE COBERTURA DE LA POLIZA.
- B. NO HAYAN EROGADO GASTOS POR DICHOS PADECIMIENTOS A LA FECHA DE INICIO DE COBERTURA DE LA POLIZA.
- C. EL PADECIMIENTO HAYA SIDO DESAPERCIBIDO POR EL ASEGURADO A LA FECHA DE INICIO DE COBERTURA DE LA POLIZA.
- D. LA PRIMERA MANIFESTACION SE PRESENTE DESPUES DE CUMPLIDOS LOS 5 ANOS DE EDAD Y DURANTE EL PERIODO DE COBERTURA.

QUEDAN EXCLUIDOS DE ESTA POLIZA LOS PADECIMIENTOS CONGENITOS DE NACIMIENTOS PREMATUROS O COMPLICACIONES PROVOCADAS POR ALCOHOLISMO, DROGADICCION Y TRATAMIENTOS DE INFERTILIDAD Y/O ESTERILIDAD. ... 4 ...

Los demás términos y condiciones del contrato anotados en los registros de esta compañía, no sufren variación alguna.
Este documento no podrá ser expedido por personal no autorizado.

Nombre del Agente	Clave	Zona
ADMON DE RIESGOS AGTE. DE SEGS	06159	0819

Observaciones:

Grupo Nacional Provincial, S.A.



Director General
GNP Gastos Médicos Mayores

* El equivalente en M.N. a U.S. DLLS.= Dólares Norteamericanos SMGM= Salario Mínimo General Mensual

AZ56.elx

AGENTE

2000

34 ED

LINEA AZUL
Protección Integral

No. de Póliza 28 601639

Contratante	CORPORACION INNOVATIVA, S.A. DE C.V. (DIRECTO	R.F.C.	CIN 981030FF3
Domicilio	VERSALLES NO. 50 JUAREZ DEL CUAUHTEMO MEXICO, D.F.	C.P.	06600
		Teléfono	000 0000

Desde			Vigencia			Hasta			No. de Cobranza	Forma de Pago	Fecha de Expedición	Días por Transcurrir
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año				
01	08	2003	01	08	2004				28601692	SEMESTRAL	21/08/ 2003	366

ENDOSO B

Para formar parte de la Póliza

No. de Endoso: 28-3-105847

7. OPERACIONES DE NARIZ O SENOS PARANASALES POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD CUBIERTO, CON COASEGURO DEL 25%.

8. DONACION DE ORGANOS

POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO, SE OTORGA A LOS ASEGURADOS DE LA POLIZA EN REFERENCIA EL BENEFICIO DE COBERTURA DE GASTOS DE HOSPITALIZACION Y LOS HONORARIOS MEDICOS DE LA PERSONA QUE DONE ALGUN ORGANO, ENTENDIENDOSE QUE SOLAMENTE SE CUBRIRA EL EVENTO DEL TRASPLANTE, POR LO QUE NO QUEDARAN CUBIERTOS LOS GASTOS QUE SE ORIGINEN POR EXAMENES DE COMPATIBILIDAD, PRUEBAS CRUZADAS O ALGUN OTRO NECESARIO PARA VERIFICAR EL ESTADO DEL ORGANO O SU COMPATIBILIDAD. DE IGUAL FORMA SE EXCLUYEN LAS DONACIONES DE SANGRE Y SUS PRUEBAS CORRESPONDIENTES DE COMPATIBILIDAD Y DEMAS. TODO LO ANTERIOR SIEMPRE Y CUANDO EL TRASPLANTE QUEDE CUBIERTO PARA EL SEGURO POR LAS CONDICIONES DE LA POLIZA.

... 5 ...

Los demás términos y condiciones del contrato anotados en los registros de esta compañía, no sufren variación alguna.
Este documento no podrá ser expedido por personal no autorizado.

Nombre del Agente	Clave	Zona
ADMON DE RIESGOS AGTE. DE SEGS	06159	0819

Observaciones:

Grupo Nacional Provincial, S.A.

Director General
GNP Gastos Médicos Mayores

* El equivalente en M.N. a U.S. DLLS.= Dólares Norteamericanos SMGM= Salario Mínimo General Mensual

AZ56.elx

AGENTE

2000

34 ED

LINEA AZUL
Protección Integral

No. de Póliza 28 601639

Contratante	CORPORACION INNOVATIVA, S.A. DE C.V. (DIRECTO)	R.F.C.	CIN 981030FF3
Domicilio	VERSALLES NO. 50 JUAREZ DEL CUAUHTEMO MEXICO, D.F.	C.P.	06600
		Teléfono	000 0000

Desde			Vigencia			Hasta			No. de Cobranza	Forma de Pago	Fecha de Expedición	Días por Transcurrir
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año				
01	08	2003	01	08	2004				28601692	SEMESTRAL	21/08/ 2003	366

ENDOSO B

Para formar parte de la Póliza

No. de Endoso: 28-3-105848

9. GASTOS PSIQUIATRICOS:

POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE CUBREN 14 CONSULTAS POR PADECIMIENTO PARA TRATAMIENTO PSIQUIATRICO, LA CUAL OPERA DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES QUE A CONTINUACION SE INDICAN:

TENDRA DERECHO A LOS BENEFICIOS DE ESTA COBERTURA, EL ASEGURADO QUE A JUICIO DE SU MEDICO TRATANTE Y CONTANDO CON LA CONFIRMACION DEL DIAGNOSTICO POR PARTE DE UN MEDICO PSIQUIATRA ASIGNADO POR GNP, REQUIERA TRATAMIENTO PSIQUIATRICO A CONSECUENCIA DE:

- A) HABER SUFRIDO ALGUN ACCIDENTE CUBIERTO POR LAS CONDICIONES DE LA POLIZA.
B) COMO CONSECUENCIA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:
- CANCER (CUALQUIER TIPO EN FASE TERMINAL)
 - ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL (CON HEMIPLEJIAS)
 - INFARTO DEL MIOCARDIO (DISCAPACITANTE)

... 6 ...

Los demás términos y condiciones del contrato anotados en los registros de esta compañía, no sufren variación alguna.
Este documento no podrá ser expedido por personal no autorizado.

Nombre del Agente	Clave	Zona
ADMON DE RIESGOS AGTE. DE SEGS	06159	0819

Observaciones:

Grupo Nacional Provincial, S.A.

Director General
GNP Gastos Médicos Mayores

* El equivalente en M.N. a U.S. DLLS.= Dólares Norteamericanos SMGM= Salario Mínimo General Mensual

AZ56.elx

AGENTE

2000

34 ED

LINEA AZUL
Protección Integral

No. de Póliza 28 601639

Contratante	CORPORACION INNOVATIVA, S.A. DE C.V. (DIRECTO)	R.F.C.	CIN 981030FF3
Domicilio	VERSALLES NO. 50 JUAREZ DEL CUAUHTEMO MEXICO, D.F.	C.P.	06600
		Teléfono	000 0000

Desde			Vigencia			Hasta			No. de Cobranza	Forma de Pago	Fecha de Expedición	Días por Transcurrir
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año				
01	08	2003	01	08	2004				28601692	SEMESTRAL	21/08/ 2003	366

ENDOSO B

Para formar parte de la Póliza

No. de Endoso: 28-3-105850

- INSUFICIENCIA RENAL (EN HEMODIALISIS Y PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL)
- INTERVENCION QUIRURGICA POR ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS (CON SECUELAS DISCAPACITANTES)
- C) SI MEDIANTE LA PRESENTACION DEL ACTA DEL MINISTERIO PUBLICO, COMPRUEBE QUE HA SUFRIDO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:
 - ASALTO
 - SECUESTRO
 - VIOLACION

LOS HONORARIOS DEL MEDICO SE PAGARAN DE ACUERDO AL TABULADOR DEL PLAN CONTRATADO. ESTA COBERTURA SOLO SE BRINDARA EN LA REPUBLICA MEXICANA.

10. TRATAMIENTOS QUIRURGICOS PARA CORREGIR XIFOSIS O ESCOLIOSIS DE COLUMNA VERTEBRAL CUBIERTOS SIN PERIODO DE ESPERA.

... 7...

Los demás términos y condiciones del contrato anotados en los registros de esta compañía, no sufren variación alguna.
Este documento no podrá ser expedido por personal no autorizado.

Nombre del Agente	Clave	Zona
ADMON DE RIESGOS AGTE. DE SEGS	06159	0819

Observaciones:

Grupo Nacional Provincial, S.A.



Director General
GNP Gastos Médicos Mayores

* El equivalente en M.N. a U.S. DLLS.= Dólares Norteamericanos SMGM= Salario Mínimo General Mensual

AZ56.elx

AGENTE

2000

34 ED

LINEA AZUL
Protección Integral

No. de Póliza 28 601639

Contratante	CORPORACION INNOVATIVA, S.A. DE C.V. (DIRECTO	R.F.C.	CIN 981030FF3
Domicilio	VERSALLES NO. 50 JUAREZ DEL CUAUHTEMO MEXICO, D.F.	C.P.	06600
		Teléfono	000 0000

Desde			Vigencia			Hasta			No. de Cobranza	Forma de Pago	Fecha de Expedición	Días por Transcurrir
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año				
01	08	2003	01	08	2004				28601692	SEMESTRAL	21/08/ 2003	366

ENDOSO B

Para formar parte de la Póliza No. de Endoso: 28-3-105851

11. PARA LOS DIRECTORES SE OFRECE EL SERVICIO DE MEDICA MOVIL CON TERPIA INTENSIVA.
12. COBERTURA DE AMPLIACION DE BENEFICIOS (CAB) SOLO PARA DIRECTORES. (28-601639)
13. APARATOS ORTOPEDICOS Y PROTESIS INCLUIDO CON S.A. DE 5% DE LA SUMA ASEGURADA TOTAL Y HASTA \$25,000.00 PESOS NO INCLUYE REPOSICION DE PROTESIS PREEXISTENTES.
14. AVIACION PARTICULAR EN LINEAS COMERCIALES AMPARADO HASTA 60 HORAS ANUALES.

... B ...

Los demás términos y condiciones del contrato anotados en los registros de esta compañía, no sufren variación alguna.
Este documento no podrá ser expedido por personal no autorizado.

Nombre del Agente	Clave	Zona
ADMON DE RIESGOS AGTE. DE SEGS	06159	0819

Observaciones:

Grupo Nacional Provincial, S.A.



Director General
GNP Gastos Médicos Mayores

* El equivalente en M.N. a U.S. DLLS.= Dólares Norteamericanos SMGM= Salario Mínimo General Mensual

AZ56.elx

AGENTE

2000

34 ED

LINEA AZUL
Protección Integral

No. de Póliza **28 601639**

Contratante	CORPORACION INNOVATIVA, S.A. DE C.V. (DIRECTO	R.F.C.	CIN 981030FF3
Domicilio	VERSALLES NO. 50 JUAREZ DEL CUAUHTEMO MEXICO, D.F.	C.P.	06600
		Teléfono	000 0000

Desde			Vigencia			Hasta			No. de Cobranza	Forma de Pago	Fecha de Expedición	Días por Transcurrir
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año				
01	08	2003	01	08	2004				28601692	SEMESTRAL	21/08/ 2003	366

ENDOSO B

Para formar parte de la Póliza

No. de Endoso: **28-3-105852**

15. POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO, SE HACE CONSTAR QUE EL GRUPO EN REFERENCIA CUENTA CON EL BENEFICIO DE 5 (CINCO) CHECK-UP'S MEDICOS UNICOS AL AÑO PARA TODO EL GRUPO, LOS NUMEROS DE POLIZAS SON: 28-601639, 28-601638, -- 28-601637, 28-601695, 28-601696, 28-601694, 28-601697 Y 28-601640) LOS CUALES FUERON PAGADOS JUNTO CON LA PRIMA DE RENOVACION. PARA PODER LLEVARSE A CABO CADA CHECK-UP, ESTE TENDRA QUE SER COORDINADO A TRAVES DE MEDICA INTEGRAL GNP. QUEDARA A CONSIDERACION DEL CONTRATANTE, LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES OTORGARA DICHO BENEFICIO

16. COBERTURA DE HALLUS VALGUS CUBIERTA

... 9 ...

Los demás términos y condiciones del contrato anotados en los registros de esta compañía, no sufren variación alguna.
Este documento no podrá ser expedido por personal no autorizado.

Nombre del Agente	Clave	Zona
ADMON DE RIESGOS AGTE. DE SEGS	06159	0819

Observaciones:

Grupo Nacional Provincial, S.A.



Director General
GNP Gastos Médicos Mayores

* El equivalente en M.N. a

U.S. DLLS.= Dólares Norteamericanos

SMGM= Salario Mínimo General Mensual

AZ56.elx

AGENTE

2000

34 ED

LINEA AZUL
Protección Integral

No. de Póliza 28 601639

Contratante	CORPORACION INNOVATIVA, S.A. DE C.V. (DIRECTO)	R.F.C.	CIN 981030FF3
Domicilio	VERSALLES NO. 50 JUAREZ DEL CUAUHTEMO MEXICO, D.F.	C.P.	06600
		Teléfono	000 0000

Desde			Vigencia			Hasta			No. de Cobranza	Forma de Pago	Fecha de Expedición		Días por Transcurrir
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año					
01	08	2003	01	08	2004				28601692	SEMESTRAL	21/08/	2003	366

ENDOSO B

Para formar parte de la Póliza No. de Endoso: 28-3-105853

17. POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO, SE OTORGA A LOS ASEGURADOS DE LA POLIZA EN REFERENCIA, EL BENEFICIO DE COBERTURA POR LESIONES QUE SUFRAN A CONSECUENCIA DE ACCIDENTES BAJO INFLUJO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS, SIEMPRE Y CUANDO LAS ACTUACIONES DEL MINISTERIO PUBLICO DEMUESTREN QUE EL ASEGURADO NO FUE EL CAUSANTE DEL ACCIDENTE Y EL GRADO DE ALCOHOL EN LA SANGRE SEA MENOR A 100 MILIGRAMOS POR DECILITRO CUBICO. EN CASO DE UN ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO SE CUBRIRA AL ASEGURADO QUE NO VAYA MANEJANDO INDEPENDIENTEMENTE DE LOS GRADOS DE ALCOHOL QUE TENGA.

18. ASALTO COMO ACCIDENTE: INCLUIDO SIEMPRE Y CUANDO SE PRESENTE ACTA DEL - MINISTERIO PUBLICO.

... 10 ...

Los demás términos y condiciones del contrato anotados en los registros de esta compañía, no sufren variación alguna.
Este documento no podrá ser expedido por personal no autorizado.

Nombre del Agente	Clave	Zona
ADMON DE RIESGOS AGTE. DE SEGS	06159	0819

Observaciones:

Grupo Nacional Provincial, S.A.



Director General
GNP Gastos Médicos Mayores

* El equivalente en M.N. a U.S. DLLS.= Dólares Norteamericanos SMGM= Salario Mínimo General Mensual

34 ED

LINEA AZUL
Protección Integral

No. de Póliza 28 601639

Contratante	CORPORACION INNOVATIVA, S.A. DE C.V. (DIRECTO	R.F.C.	CIN 981030FF3
Domicilio	VERSALLES NO. 50 JUAREZ DEL CUAUHTEMO MEXICO, D.F.	C.P.	06600
		Teléfono	000 0000

Desde			Vigencia			Hasta			No. de Cobranza		Forma de Pago		Fecha de Expedición		Días por Transcurrir	
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año								
01	08	2003	01	08	2004				28601692		SEMESTRAL		21/08/ 2003		366	

ENDOSO B

Para formar parte de la Póliza

No. de Endoso: 28-3-105854

19. LITOTRIPSIA: INCLUIDA

**20. MONTO MAXIMO DE COASEGURO POR PADECIMIENTO O ENFERMEDAD: 20 SALARIOS
MINIMOS MENSUALES.**

... 11 ...

Los demás términos y condiciones del contrato anotados en los registros de esta compañía, no sufren variación alguna.
Este documento no podrá ser expedido por personal no autorizado.

Nombre del Agente	Clave	Zona
ADMON DE RIESGOS AGTE. DE SEGS	06159	0819

Observaciones:

Grupo Nacional Provincial, S.A.



Director General
GNP Gastos Médicos Mayores

* El equivalente en M.N. a

U.S. DLLS.= Dólares Norteamericanos

SMGM= Salario Mínimo General Mensual

AZ56.elx

AGENTE

2000