



**FIRMAS**

Bajo protesta de decir verdad, declaro que el contenido del presente cuestionario es cierta y, bajo el principio de la buena fe, he (hemos) llenado el formato de mi (nuestro) puño y letra.

TITULAR (y de su Representante Legal si es menor de edad)	CONTRATANTE (Sólo si es diferente al Solicitante)
Nombre y firma	Nombre y firma

**IMPORTANTE: Favor de validar la información que requiere adjuntar para solicitar la aplicación de este beneficio.**

Para ingresar su trámite es indispensable que envíe al correo [beneficiofamiliar@gnp.com.mx](mailto:beneficiofamiliar@gnp.com.mx) la siguiente documentación:

1. Formato para la aplicación del beneficio de Cláusula Familiar o Protección Familiar.
2. Informe Médico.
3. Copia de Identificación Oficial (Titular y dependientes).
4. Copia del Acta de nacimiento (Titular y dependientes).
5. Formato único de información bancaria para el pago vía transferencia electrónica. (Solo en caso que la cuenta que previamente se tenía registrada cambie).

En adición a lo antes solicitado, deberá anexar:

**Por Fallecimiento:**

- Acta de Defunción o Certificado de Defunción.
- Acta de Ministerio Público (Cuando la causa del fallecimiento lo amerite).

**Por Invalidez:**

- Dictamen de Invalidez total y permanente emitido por una Institución Mexicana de Sector Salud o médico certificado y especialista en la materia con cédula profesional.
- Exámenes, análisis y documentos que corroboren el diagnóstico que determina el estado de Invalidez total y permanente.

Al mismo correo del cual envié la información le será confirmado el número de folio, fecha de respuesta y seguimiento a su trámite.