

Declaración de fallecimiento No. 1

Para uso exclusivo de Siniestros Vida Grupo y Colectivo

Esta forma deberá ser llenada completamente, con letra de molde y con tinta, por el o los beneficiarios nombrados en las Pólizas de Seguro, a quienes se les recomienda traten directamente con el agente de la póliza todo lo relativo a este pago.

Póliza No.		Suma Asegurada	
Datos del asegurado			
Apellido paterno		Apellido materno	
Nombre(s)		R.F.C.	
CURP		Domicilio (calle y número)	
Municipio o delegación		Población y/o estado	
País y estado de nacimiento		Fecha de fallecimiento	
Actividad o giro del negocio		Lugar de fallecimiento	
		<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Vía pública <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Hogar propio <input type="checkbox"/> Otro	
Datos de los médicos que lo atendieron			
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico		Estado y población	
		Lada y teléfono	
Como beneficiario autorizo a médicos y hospitales donde fue atendido el Asegurado, a que otorguen a Grupo Nacional Provincial, S.A. todos los informes que se refieren a la salud de éste, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso, relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización, tiene el mismo valor que el documento original.			
Datos de los Beneficiarios			
1 Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s)		Firma	
Actividad o giro del negocio		Ocupación / profesión	
Domicilio (calle y número)		Colonia	
Municipio o delegación			
Población y/o estado		C.P.	
Lada y teléfono (donde se pueda localizar)		Parentesco	
Fecha de nacimiento		Corre electrónico	
Nacionalidad		CURP	
R.F.C.			
2 Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s)		Firma	
Actividad o giro del negocio		Ocupación / profesión	
Domicilio (calle y número)		Colonia	
Municipio o delegación			
Población y/o estado		C.P.	
Lada y teléfono (donde se pueda localizar)		Parentesco	
Fecha de nacimiento		Corre electrónico	
Nacionalidad		CURP	
R.F.C.			
3 Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s)		Firma	
Actividad o giro del negocio		Ocupación / profesión	
Domicilio (calle y número)		Colonia	
Municipio o delegación			
Población y/o estado		C.P.	
Lada y teléfono (donde se pueda localizar)		Parentesco	
Fecha de nacimiento		Corre electrónico	
Nacionalidad		CURP	
R.F.C.			
Nota: El servicio que le proporcionen en el trámite del siniestro no causa honorarios por ningún concepto, por lo que no deberá efectuar ningún pago a representantes de Grupo Nacional Provincial, S.A., agente o tercera persona.			

Datos de los testigos (Hacemos constar que este documento ha sido llenado y firmado por las personas que lo suscriben)

Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s) del testigo	Firma	Domicilio

Fecha en _____ el día _____ de _____ del año _____ .

Nota: En caso de tener más de 3 beneficiarios, se deberá llenar otro formato.