

## Declaración de Siniestro para el Seguro de Vida Grupo

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

Sección I. Datos del Siniestro																			
Póliza No.		Certificado		Tipo de siniestro <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Invalididad <input type="checkbox"/> Pérdidas orgánicas <input type="checkbox"/> Otro _____															
Causa <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Suicidio		Fecha del siniestro	dia	mes	año	Lugar del siniestro <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Vía pública <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro _____													
Sección II. Datos del Asegurado																			
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)				R.F.C.	Letras	año	mes	dia	Homoclave						
CURP					Estado Civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			Sexo		Nacionalidad									
Domicilio (calle)																			
No. exterior	No. interior	Colonia			C.P.			Delegación o Municipio											
Ciudad o Población				País y estado de nacimiento					Fecha de ingreso a la empresa o colectividad					dia	mes	año			
Fecha de ingreso al grupo o colectividad asegurada		dia	mes	año	Ocupación al ingresar					Última ocupación/profesión									
Último sueldo mensual \$		Causa por la que dejó de trabajar					Fecha en que dejó de trabajar			dia	mes	año							
Sección III. Datos de los Beneficiarios																			
1	Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)				Firma										
Domicilio (calle)					No. exterior	No. interior	Colonia												
C.P.		Delegación o Municipio			Ciudad o Población				Teléfono (donde se pueda localizar)										
Correo electrónico					Nacionalidad			CURP											
R.F.C.	Letras	año	mes	dia	Homoclave	Fecha de nacimiento	dia	mes	año	Parentesco			Ocupación o profesión						
2	Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)				Firma										
Domicilio (calle)					No. exterior	No. interior	Colonia												
C.P.		Delegación o Municipio			Ciudad o Población				Teléfono (donde se pueda localizar)										
Correo electrónico					Nacionalidad			CURP											
R.F.C.	Letras	año	mes	dia	Homoclave	Fecha de nacimiento	dia	mes	año	Parentesco			Ocupación o profesión						
3	Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)				Firma										
Domicilio (calle)					No. exterior	No. interior	Colonia												
C.P.		Delegación o Municipio			Ciudad o Población				Teléfono (donde se pueda localizar)										
Correo electrónico					Nacionalidad			CURP											
R.F.C.	Letras	año	mes	dia	Homoclave	Fecha de nacimiento	dia	mes	año	Parentesco			Ocupación o profesión						
Sección IV. Datos del Contratante																			
Apellido paterno					Apellido materno					Nombre(s)/Razón social									
Actividad principal o giro																			
Lugar y fecha										Firma del contratante (Nombre y firma del representante legal)									
Importante: En caso de tener más de tres beneficiarios se deberá llenar otro formato.																			
Como beneficiario autorizo a médicos y hospitales donde fue atendido el Asegurado, a que otorguen a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., 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.																			
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.B., agente o tercera persona.																			