

## 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"/> Invalidez <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 ____/____/____ día 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.
CURP					Estado Civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V					Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					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 ____/____/____ día mes año					
Fecha de ingreso al grupo o colectividad asegurada ____/____/____ día mes año					Ocupación al ingresar					Ultima ocupación/profesión					
Ultimo sueldo mensual \$			Causa por la que dejó de trabajar					Fecha en que dejó de trabajar ____/____/____ día mes año							
Sección III. Datos de los Beneficiarios															
<b>1</b>															
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) Lada _____		
Correo electrónico					Nacionalidad					CURP					
R.F.C.					Fecha de nacimiento ____/____/____ día mes año					Parentesco					Ocupación o profesión
<b>2</b>															
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) Lada _____		
Correo electrónico					Nacionalidad					CURP					
R.F.C.					Fecha de nacimiento ____/____/____ día mes año					Parentesco					Ocupación o profesión
<b>3</b>															
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) Lada _____		
Correo electrónico					Nacionalidad					CURP					
R.F.C.					Fecha de nacimiento ____/____/____ día 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)															
<p><b>Importante:</b> En caso de tener más de tres beneficiarios se deberá llenar otro formato.</p> <p>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.</p> <p><b>Nota:</b> 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.</p>															