

Solicitud de Reclamación de Beneficiario(s)

Los datos a que se refiere esta forma deberán ser proporcionados por el o los beneficiarios nombrados en las pólizas del seguro o sus representantes legales bajo su firma.										
No. de Póliza (s):			Tipo de Seguro (Individual):							
Nombre del Contratante:										
Datos del Asegurado										
Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):										
Domicilio a la fecha de Fallecimiento (Calle, No., Colonia):							Ciudad:			
Estado:			C.P.:		Teléfono:					
R.F.C.:			CURP:			Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año	Lugar de Nacimiento:
Nacionalidad:			Ocupación a la fecha de Fallecimiento:							
Nombre de la Empresa o negocio donde trabaja y domicilio:										
Indique en qué otras Compañías estaba asegurado:										
Datos de los Médicos que atendieron al Asegurado (en caso de que hubiera)										
Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):										
Domicilio, Ciudad y Estado:							Teléfono:			
Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):										
Domicilio, Ciudad y Estado:							Teléfono:			
Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):										
Domicilio, Ciudad y Estado:							Teléfono:			
Datos sobre el Fallecimiento										
Lugar del Fallecimiento:						Fecha del Fallecimiento:		Día	Mes	Año
Causa de Fallecimiento:										
Agencia que proporcionó los Servicios Funerarios:							Fecha:	Día	Mes	Año
El Fallecimiento fue en el domicilio particular, hospital u otro:										
En caso de muerte violenta indique qué autoridad tomó conocimiento del hecho:							Número de Acta MP:			
Datos de los Beneficiarios										
Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):						Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	
Domicilio:						Teléfono:				
R.F.C.:		CURP:		Parentesco:		Ocupación:				
E-mail:		Nacionalidad:		Giro o Actividad:		Firma:				
Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):						Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	
Domicilio:						Teléfono:				
R.F.C.:		CURP:		Parentesco:		Ocupación:				
E-mail:		Nacionalidad:		Giro o Actividad:		Firma:				
Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):						Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	
Domicilio:						Teléfono:				
R.F.C.:		CURP:		Parentesco:		Ocupación:				
E-mail:		Nacionalidad:		Giro o Actividad:		Firma:				
Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):						Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	
Domicilio:						Teléfono:				
R.F.C.:		CURP:		Parentesco:		Ocupación:				
E-mail:		Nacionalidad:		Giro o Actividad:		Firma:				
Lugar y Fecha										
"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el(los) registro(s) número CNSF-S0043-0315-2009 de fecha 4 de septiembre 2009".										
En caso de requerir información contáctenos: al 5227 9000 para el Distrito Federal, al 01 800 400 9000 lada sin costo desde el interior de la Republica o visite gnp.com.mx										