

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:															
NOMBRE EN QUE 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 OTROS:															
EN CASO DE MUERTE VIOLENTA INDIQUE QUE AUTORIDAD TOMÓ CONOCIMIENTO DEL HECHO:										NO. DE ACTA MP:					
NOTA: COMO BENEFICIARIO AUTORIZO A MÉDICOS, HOSPITALES, CLÍNICAS, SANATORIOS, A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS, LABORATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DONDE FUE ATENDIDO EL ASEGURADO, A QUE OTORGUEN A GRUPO NACIONAL PROVINCIAL S.A.B. TODOS LOS INFORMES QUE SE REFIERAN A LA SALUD DE ESTE, INCLUSIVE TODOS LOS DATOS DE PADECIMIENTOS ANTERIORES PARA TAL EFECTO, EN ESTE CASO RELEVOS A LAS INSTITUCIONES O PERSONAS INVOLUCRADAS DEL SECRETO PROFESIONAL Y HAGO CONSTAR QUE UNA COPIA FOTOGRAFICA DE ESTA AUTORIZACIÓN TIENE EL MISMO VALOR QUE EL ORIGINAL.															
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:															
ESTE TRÁMITE ES GRATUITO															
"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 _____ de fecha _____".															