

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 RELEVO A LAS INSTITUCIONES O PERSONAS INVOLUCRADAS DEL SECRETO PROFESIONAL Y HAGO CONSTAR QUE UNA COPIA FOTOGRAFICA DE ESTA AUTORIZACION 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:								
LUGAR Y FECHA:										ESTE TRÁMITE ES GRATUITO							
<small>* 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-S0043-0631-2015 de fecha 18 de diciembre de 2015*.</small>																	