

Declaración de fallecimiento No.1

I. Datos del Asegurado finado											
Apellido paterno				Apellido materno				Nombre(s)			
Póliza No.			Suma Asegurada			Lugar de nacimiento			Fecha de nacimiento		
Lugar de fallecimiento			Fecha de fallecimiento			Última ocupación					
¿El Asegurado tenía el hábito de fumar?								En caso de respuesta afirmativa, indicar desde qué fecha			
☐ Sí ☐ No											
Causas de la muerte								Fecha en que se iniciaron los síntomas o signos del padecimiento			
Domicilio del Asegurado finado											
Calle								No. exterior		No. interior	
Colonia								C.P.			
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País (si es distinto a México)		clave lada		Teléfono	
Datos de los médicos que atendieron											
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico								Fecha de consulta			
Domicilio completo								clave lada		Teléfono	
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico								Fecha de consulta			
Domicilio completo								clave lada		Teléfono	
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico								Fecha de consulta			
Domicilio completo								clave lada		Teléfono	
Beneficiarios											
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 al estado de salud de éste, inclusive, en su caso, todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, relevo a las instituciones o personas involucradas del cumplimiento de las obligaciones que al respecto se deriven de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento, está apegada a la verdad. En caso contrario, estoy consciente de la falta en que podría incurrir si proporciono datos falsos o incorrectos, así como de las sanciones a las que quedo expuesto.											
1 Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)											
Fecha de nacimiento		día mes año		Letras		año mes día		Homoclave (si cuenta con ella)		CURP (si cuenta con ella)	
Sexo		Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)		Parentesco con el Asegurado		Profesión u ocupación		Actividad o giro del negocio donde trabaja			
☒ F ☐ M											
Domicilio particular											
Calle								No. exterior		No. interior	
Colonia								C.P.			
Municipio o delegación			Ciudad o Población			Entidad federativa					
País (si es distinto a México)		clave lada		Teléfono		Correo electrónico					
Fecha						Firma					

2	Apellido paterno										Apellido materno										Nombre(s)																				
Fecha de nacimiento		día		mes		año		R.F.C.		Letras		año		mes		día		Homoclave (si cuenta con ella)		CURP (si cuenta con ella)																					
Sexo		Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)										Parentesco con el Asegurado										Profesión u ocupación										Actividad o giro del negocio donde trabaja									
☒ F ☐ M																																									
Domicilio particular																																									
Calle																				No. exterior					No. interior																
Colonia																									C.P.																
Municipio o delegación										Ciudad o Población										Entidad federativa																					
País (si es distinto a México)					clave lada					Teléfono					Correo electrónico																										
Fecha															Firma																										
3	Apellido paterno										Apellido materno										Nombre(s)																				
Fecha de nacimiento		día		mes		año		R.F.C.		Letras		año		mes		día		Homoclave (si cuenta con ella)		CURP (si cuenta con ella)																					
Sexo		Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)										Parentesco con el Asegurado										Profesión u ocupación										Actividad o giro del negocio donde trabaja									
☒ F ☐ M																																									
Domicilio particular																																									
Calle																				No. exterior					No. interior																
Colonia																									C.P.																
Municipio o delegación										Ciudad o Población										Entidad federativa																					
País (si es distinto a México)					clave lada					Teléfono					Correo electrónico																										
Fecha															Firma																										
4	Apellido paterno										Apellido materno										Nombre(s)																				
Fecha de nacimiento		día		mes		año		R.F.C.		Letras		año		mes		día		Homoclave (si cuenta con ella)		CURP (si cuenta con ella)																					
Sexo		Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)										Parentesco con el Asegurado										Profesión u ocupación										Actividad o giro del negocio donde trabaja									
☒ F ☐ M																																									
Domicilio particular																																									
Calle																				No. exterior					No. interior																
Colonia																									C.P.																
Municipio o delegación										Ciudad o Población										Entidad federativa																					
País (si es distinto a México)					clave lada					Teléfono					Correo electrónico																										
Fecha															Firma																										
5	Apellido paterno										Apellido materno										Nombre(s)																				
Fecha de nacimiento		día		mes		año		R.F.C.		Letras		año		mes		día		Homoclave (si cuenta con ella)		CURP (si cuenta con ella)																					
Sexo		Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)										Parentesco con el Asegurado										Profesión u ocupación										Actividad o giro del negocio donde trabaja									
☐ F ☒ M																																									
Domicilio particular																																									
Calle																				No. exterior					No. interior																
Colonia																									C.P.																
Municipio o delegación										Ciudad o Población										Entidad federativa																					
País (si es distinto a México)					clave lada					Teléfono					Correo electrónico																										
Fecha															Firma																										

Instructivo para el trámite de Siniestros en el Ramo de Vida Individual

Para GNP, el cumplimiento inmediato de nuestras obligaciones relativas al pago de siniestros, es una de nuestras normas principales; por lo cual le pedimos nos permita servirle eficazmente llevando a cabo los siguientes pasos para iniciar el trámite de su reclamación:

1. Localizar la póliza de seguro de vida.
2. Contactar a su Asesor Profesional de Seguros o a GNP (Cabina de Siniestros Vida) al 5809-2462 en el área metropolitana o al 01800 911 8467 del interior de la República, donde nuestro personal podrá ofrecerle a usted y/o sus beneficiarios apoyo y orientación, ya sea que necesite reportar un siniestro o hacer efectivo el pago del ahorro garantizado por supervivencia.

En ese momento deberá proporcionar la siguiente información:

- Número de Póliza
- Motivo del reporte
- Nombre del Asegurado
- Datos de la persona que reporta
- Número telefónico
- Causa y fecha del siniestro o vencimiento del plan por supervivencia

3. Presentar la documentación del Asegurado, ésta es necesaria para continuar con el trámite, según el reporte de que se trate:

Documento	Invalidez y otras coberturas adicionales*	Fallecimiento por enfermedad	Fallecimiento por causa violenta**
Póliza Original. Para el caso de invalidez con una copia fotostática de la póliza es suficiente.	•	•	•
Copia fotostática de la Identificación Oficial del Asegurado (credencial de elector, pasaporte o cartilla militar)	•	•	•
Formato "Trámite de reclamación de beneficios" (llenado y firmado por el Asegurado y el médico tratante).	•		
Formato "Informe Médico de Beneficios de Indemnización por Pérdidas Orgánicas" (llenado y firmado por el Asegurado y el médico tratante). Nota: Sólo si cuenta con Cobertura DIBA.	•		
Historia clínica completa con pronóstico y estado actual de salud.	•		
Historial clínico completo que incluya diagnóstico y tratamiento.		•	
Copia certificada de acta de defunción.		•	•
Copia fotostática del Certificado Médico de defunción.		•	
Declaración de Fallecimiento 1 (llenada y firmada por los beneficiarios).		•	•
Declaración de Fallecimiento 2 (llenada y firmada por el médico tratante del Asegurado).		•	
Copias certificadas de los documentos expedidos por las autoridades competentes.			•

* Coberturas adicionales: Seguridad en Vida (SEV), BIT (Exención de Pago de Primas por Invalidez), ISE (Invalidez Sin Espera), DIBA (Doble Indemnización por Muerte Accidental o Pérdida de Miembros) y Cobertura Mujer.

** Accidente, homicidio o suicidio.

4. Presentar la documentación de los beneficiarios:
 - Copia fotostática de identificación oficial (credencial de elector, pasaporte, cartilla militar)
 - Copia certificada de acta de nacimiento, en caso de que el beneficiario (a) sea menor de edad
 - Copia certificada del acta de defunción, si alguno de los beneficiarios ya falleció.

**En caso de requerir información y/o documentación adicional, se les comunicará en su momento.
Si usted tiene alguna duda o aclaración, contáctenos inmediatamente para que lo podamos apoyar.**