

Declaración de Siniestro

Para uso exclusivo de Siniestros Vida Grupo y Colectivo

Esta forma deberá ser llenada completamente, con letra de molde y con tinta, por el o los beneficiarios nombrados en las Pólizas de Seguro, a quienes se les recomienda traten directamente con el agente de la póliza todo lo relativo a este pago.

Póliza No.				Certificado No.			
Tipo de Siniestro:				Causa:			
Fallecimiento	Invalidez	Perdidas Orgánicas		Enfermedad	Accidente		
Datos del Asegurado							
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		R.F.C. letras año mes día homoclave	
CURP				Domicilio (calle y número)		Colonia	
Municipio o delegación				Población y/o estado		C.P.	
País y estado de nacimiento			Fecha de fallecimiento		Última ocupación/profesión		
Actividad o giro del negocio				Lugar del fallecimiento			
				<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Hogar propio <input type="checkbox"/> Otro			
Datos del Contratante							
Razón Social o Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s) del contratante							
Fecha de ingreso a la empresa o colectividad		Fecha de ingreso al grupo o colectividad asegurada		Ocupación al ingresar			
Última ocupación/profesión		Último sueldo mensual		Fecha en que dejó de trabajar		Causa por la que dejó de trabajar	
Datos de los Beneficiarios							
1 Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s)						Firma	
Ocupación o profesión		Domicilio (calle y número)					
Actividad o giro del negocio		Municipio o delegación		Población y/o Edo.		Lada y teléfono (donde se pueda localizar)	
C.P.		Nacionalidad		CURP		Parentesco	
Fecha de nacimiento		R.F.C.		letras año mes día homoclave		Correo electrónico	
2 Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s)						Firma	
Ocupación o profesión		Domicilio (calle y número)					
Actividad o giro del negocio		Municipio o delegación		Población y/o Edo.		Lada y teléfono (donde se pueda localizar)	
C.P.		Nacionalidad		CURP		Parentesco	
Fecha de nacimiento		R.F.C.		letras año mes día homoclave		Correo electrónico	
3 Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s)						Firma	
Ocupación o profesión		Domicilio (calle y número)					
Actividad o giro del negocio		Municipio o delegación		Población y/o Edo.		Lada y teléfono (donde se pueda localizar)	
C.P.		Nacionalidad		CURP		Parentesco	
Fecha de nacimiento		R.F.C.		letras año mes día homoclave		Correo electrónico	
Como beneficiario autorizo a médicos y hospitales donde fue atendido el Asegurado, a que otorguen a Grupo Nacional Provincial, S.A. 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							
Nota: 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., agente o tercera persona.							