

## Declaración de fallecimiento No. 1 Para uso exclusivo de Siniestros Vida Grupo

Esta forma deberá ser llenada 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.		Suma Asegurada	
<b>Datos del asegurado</b>			
Apellido paterno		Apellido materno	
Nombre(s)		R.F.C.	
C.U.R.P.		Domicilio (calle y número)	
Municipio o delegación		Población y/o estado	
País y estado de nacimiento		Fecha de fallecimiento	
Actividad o giro del negocio		Lugar de fallecimiento	
		<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Vía pública <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Hogar propio <input type="checkbox"/> Otro	
C.U.R.P.		Colonia	
		C.P.	
Última ocupación / profesión			
<b>Datos de los médicos que lo atendieron</b>			
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico		Estado y población	
		Lada y teléfono	
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.			
<b>Datos de los Beneficiarios</b>			
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s)		Firma	
Domicilio		Lada y teléfono	
Nacionalidad		Parentesco	
C.U.R.P.		Edad	
R.F.C.		Correo electrónico	
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s)		Firma	
Domicilio		Lada y teléfono	
Nacionalidad		Parentesco	
C.U.R.P.		Edad	
R.F.C.		Correo electrónico	
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s)		Firma	
Domicilio		Lada y teléfono	
Nacionalidad		Parentesco	
C.U.R.P.		Edad	
R.F.C.		Correo electrónico	
<b>Nota:</b> 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.			
<b>Hacemos constar que este documento ha sido llenado y firmado por las personas que lo suscriben.</b>			
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s) del testigo		Firma	
		Domicilio	
Fechado en _____ el día _____ de _____ del año _____.			
<b>Nota:</b> En caso de tener más de 3 beneficiarios, se deberá llenar otro formato.			

FPS023400-Ant-P165