



Grupo Nacional Provincial S. A.

Av. Cerro de las Torres 395, Col. Campestre Churubusco  
C. P. 04200, México D. F. Tel. 5227 3999. [www.gnp.com.mx](http://www.gnp.com.mx)

## Declaración de fallecimiento, invalidez o pérdidas orgánicas No. 2 Para pólizas de Seguro Grupo y Colectivo

Póliza No.

Certificado No.

### Datos del contratante

Razón Social o Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s) del contratante

Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s) del asegurado

Fecha de ingreso a la empresa o colectividad

Fecha de ingreso al grupo o colectividad asegurada

Ultima ocupación / profesion

Ultimo sueldo mensual \$

Fecha en que dejó de trabajar

dia mes año

Causa por la que dejó de trabajar

**Indicar incrementos que tuvo el asegurado durante el último año, para efectos de calcular Suma Asegurada, cuando ésta haya sido contratada en base a sueldo**

Sueldo anterior \$

Fecha de incremento

Porcentaje de incremento

Observaciones

Nombre y cargo de la persona que firma como contratante

**Nota:** Para efectos del pago de la suma asegurada remitir copia del recibo de pago del sueldo o copia de la nómina

FPS023200-AnPp65

FP5023200

Lugar y fecha

Firma del contratante

[www.gnp.com.mx](http://www.gnp.com.mx)