

## 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.

<b>Póliza No.</b>				<b>Certificado No.</b>			
<b>Tipo de Siniestro:</b>				<b>Causa:</b>			
Fallecimiento	Invalidez	Perdidas Orgánicas		Enfermedad	Accidente		
<b>Datos del Asegurado</b>							
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			
<b>Datos del Contratante</b>							
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	
<b>Datos de los Beneficiarios</b>							
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.		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.		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.		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							
<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.							