

## 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	día	mes	año					
Lugar de fallecimiento		Fecha de fallecimiento		día	mes	año	Última ocupación							
¿El Asegurado tenía el hábito de fumar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					En caso de respuesta afirmativa, indicar desde qué fecha		día	mes	año					
Causas de la muerte					Fecha en que se iniciaron los síntomas o signos del padecimiento		día	mes	año					
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	día	mes	año					
Domicilio completo					clave lada		Teléfono							
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico						Fecha de consulta	día	mes	año					
Domicilio completo					clave lada		Teléfono							
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico						Fecha de consulta	día	mes	año					
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	R.F.C.		Letras		año	mes	día	Homoclave (si cuenta con ella)	CURP (si cuenta con ella)	
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)			Parentesco con el Asegurado		Profesión u ocupación		Actividad o giro del negocio donde trabaja						
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									

<b>2</b>	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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)			Parentesco con el Asegurado			Profesión u ocupación			Actividad o giro del negocio donde trabaja
<b>Domicilio particular</b>										
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			
<b>3</b>	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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)			Parentesco con el Asegurado			Profesión u ocupación			Actividad o giro del negocio donde trabaja
<b>Domicilio particular</b>										
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			
<b>4</b>	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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)			Parentesco con el Asegurado			Profesión u ocupación			Actividad o giro del negocio donde trabaja
<b>Domicilio particular</b>										
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			
<b>5</b>	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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)			Parentesco con el Asegurado			Profesión u ocupación			Actividad o giro del negocio donde trabaja
<b>Domicilio particular</b>										
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 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.**

