

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 nacimiento		Última ocupación		día	mes	año	
¿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
Causas de la muerte						Fecha en que se iniciaron los síntomas o signos del padecimiento		día	mes
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
Domicilio completo						clave lada		Teléfono	
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico						Fecha de consulta		día	mes
Domicilio completo						clave lada		Teléfono	
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico						Fecha de consulta		día	mes
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 el respecto se deriven de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998					de 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
Sexo		Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)		Parentesco con el Asegurado		Profesión u ocupación		Actividad o giro del negocio donde trabaja	
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M									
Domicilio particular									
Calle						No. exterior		No. interior	
Colonia						C.P.			
Municipio o delegación			Ciudad o Población			Firma			
País (si es distinto a México)		clave lada		Teléfono		Correo electrónico			
Fecha					Firma				

400127_MV07.indd

2	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				Firma			
País (si es distinto a México)		clave lada		Teléfono			Correo electrónico					
Fecha								Firma				
3	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				Firma			
País (si es distinto a México)		clave lada		Teléfono			Correo electrónico					
Fecha								Firma				
4	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				Firma			
País (si es distinto a México)		clave lada		Teléfono			Correo electrónico					
Fecha								Firma				
5	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				Firma			
País (si es distinto a México)		clave lada		Teléfono			Correo electrónico					
Fecha								Firma				

400127_MV07.indd