

# LOGOTIPO

## SOLICITUD DE RECLAMACIÓN DE BENEFICIARIO (S)

**LOS DATOS A QUE SE REFIERE ESTA FORMA DEBERÁN SER PROPORCIONADOS POR EL O LOS BENEFICIARIOS NOMBRADOS EN LAS PÓLIZAS DEL SEGURO O SUS REPRESENTANTES LEGALES BAJO SU FIRMA.**

<b>No. DE PÓLIZA (S):</b>	<b>TIPO DE SEGURO (INDIVIDUAL)</b>
---------------------------	------------------------------------

**NOMBRE DEL CONTRATANTE:**

### DATOS DEL ASEGURADO

**NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):**

**DOMICILIO A LA FECHA DE FALLECIMIENTO (Calle, No., Colonia):** **CIUDAD:**

<b>ESTADO:</b>	<b>C.P.</b>	<b>TELÉFONO</b>
----------------	-------------	-----------------

<b>RFC:</b>	<b>CURP:</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>LUGAR DE NACIMIENTO:</b>
-------------	--------------	-----------------------------	------------	------------	------------	-----------------------------

**NACIONALIDAD:** **OCUPACIÓN A LA FECHA DE FALLECIMIENTO:**

**NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO DONDE TRABAJA Y DOMICILIO:**

**INDIQUE EN QUE OTRAS COMPAÑÍAS ESTABA ASEGURADO:**

### DATOS DE LOS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO (En caso de que hubiera)

**NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):**

**DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO** **TELÉFONO**

**NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):**

**DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO** **TELÉFONO**

**NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):**

**DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO** **TELÉFONO**

### DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO

**LUGAR DEL FALLECIMIENTO:** **FECHA DEL FALLECIMIENTO**

**CAUSA DE FALLECIMIENTO:**

**AGENCIA QUE PROPORCIONÓ LOS SERVICIOS FUNERARIOS:** **FECHA**

**EL FALLECIMIENTO FUE EN EL DOMICILIO PARTICULAR, HOSPITAL U OTROS:**

**EN CASO DE MUERTE VIOLENTA, INDIQUE QUE AUTORIDAD TOMO CONOCIMIENTO DEL HECHO:** **NO. DE ACTA MP**

**NOTA:** COMO BENEFICIARIO AUTORIZO A MÉDICOS, HOSPITALES, CLÍNICAS, SANA TORIOS, A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS, LABORATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DONDE FUE ATENDIDO EL ASEGURADO, A QUE OTORGUEN A ( NOMBRE DE LA CÍA ) TODOS LOS INFORMES QUE SE REFIERAN A LA SALUD DE ÉSTE, INCLUSIVE TODOS LOS DATOS DE PADECIMIENTOS ANTERIORES. PARA TALEFECTO, 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 ORIGINAL.

### DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

**NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):** **FECHA DE NACIMIENTO**

**DOMICILIO:** **TELÉFONO:**

<b>RFC:</b>	<b>CURP:</b>	<b>PARENTESCO:</b>	<b>OCUPACIÓN:</b>
-------------	--------------	--------------------	-------------------

<b>E-MAIL:</b>	<b>NACIONALIDAD:</b>	<b>GIRO O ACTIVIDAD:</b>	<b>FIRMA:</b>
----------------	----------------------	--------------------------	---------------

**NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):** **FECHA DE NACIMIENTO**

**DOMICILIO:** **TELÉFONO:**

<b>RFC:</b>	<b>CURP:</b>	<b>PARENTESCO:</b>	<b>OCUPACIÓN:</b>
-------------	--------------	--------------------	-------------------

<b>E-MAIL:</b>	<b>NACIONALIDAD:</b>	<b>GIRO O ACTIVIDAD:</b>	<b>FIRMA:</b>
----------------	----------------------	--------------------------	---------------

**NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):** **FECHA DE NACIMIENTO**

**DOMICILIO:** **TELÉFONO:**

<b>RFC:</b>	<b>CURP:</b>	<b>PARENTESCO:</b>	<b>OCUPACIÓN:</b>
-------------	--------------	--------------------	-------------------

<b>E-MAIL:</b>	<b>NACIONALIDAD:</b>	<b>GIRO O ACTIVIDAD:</b>	<b>FIRMA:</b>
----------------	----------------------	--------------------------	---------------

**NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):** **FECHA DE NACIMIENTO**

**DOMICILIO:** **TELÉFONO:**

<b>RFC:</b>	<b>CURP:</b>	<b>PARENTESCO:</b>	<b>OCUPACIÓN:</b>
-------------	--------------	--------------------	-------------------

<b>E-MAIL:</b>	<b>NACIONALIDAD:</b>	<b>GIRO O ACTIVIDAD:</b>	<b>FIRMA:</b>
----------------	----------------------	--------------------------	---------------

**LUGAR Y FECHA:** **ESTE TRÁMITE ES GRATUITO**

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_."