

## ¿Qué hacer en caso de un Siniestro?

Si requieres realizar un reporte relacionado con el Seguro de Vida sobre las Coberturas Básicas (Fallecimiento, Ahorro Garantizado) y/o Coberturas Adicionales: Seguridad en Vida (SEV), Exención de Pago de Primas por Invalidez (BIT), Invalidez Sin Espera (ISE), Indemnización por Muerte Accidental o Pérdida de Miembros (DIBA) y Cobertura Mujer, será necesario:

- ▶ Localizar la Póliza del Seguro de Vida.

En ese momento deberás 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.

**Presentar la documentación del Asegurado, ésta es necesaria para continuar con el trámite, según el reporte que se trate:**

Documento	Invalidez y otras Coberturas Adicionales <sup>1</sup>	Fallecimiento por enfermedad	Fallecimiento por causa violenta <sup>2</sup>
Póliza Original. Para el caso de Invalidez con una copia fotostática de la Póliza es suficiente.	✓	✓	✓
Formato "Identificación del Cliente e Información para Pago" (Llenado y firmado por el asegurado). (Ver Anexo 1_Página 4)	✓	✓	✓
Copia fotostática de la identificación oficial del Asegurado (Credencial de Elector, Pasaporte, Cartilla Militar).	✓	✓	✓
Copia del estado de cuenta bancario (no mayor a 3 meses de antigüedad)	✓	✓	✓
Formato "Trámite de reclamación de Beneficios" (Llenado y firmado por el Asegurado y el Médico tratante). (Ver Anexo 2_Página 6)	✓		
Formato "Informe Médico de Beneficios de Indemnización por Pérdidas Orgánicas" (Llenado y firmado por el Asegurado y el Médico tratante).	✓		

* Sólo si cuenta con Cobertura DIBA. (Ver Anexo 3_Página 8)			
Historia clínica completa con pronóstico y estado actual de salud.	✓		
Historial clínico completo que incluya diagnóstico y tratamiento.		✓	
Copia certificada del Acta de Defunción.		✓	✓
Copia fotostática del Certificado Médico de Defunción.		✓	
Declaración de Fallecimiento No. 1, (llenada y firmada por los Beneficiarios). (Ver Anexo 4_Página 12)		✓	✓
Declaración de Fallecimiento No. 2 (llenada y firmada por el Médico tratante del Asegurado). (Ver Anexo 5_Página 16)		✓	
Copias certificadas de los documentos expedidos por las autoridades competentes.			✓

<sup>1</sup>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.

<sup>2</sup>Accidente, homicidio o suicidio.

**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 un 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 te comunicará en su momento.

## ¿Más información?

### Beneficiarios menores de edad

Si los únicos Beneficiarios que hubiere fueren menores de edad y no existieran personas que ejerzan la Patria Potestad sobre los mismos (padres, abuelos paternos o maternos), se deberá promover el nombramiento del tutor y el documento correspondiente deberá incluir la aceptación y discernimiento del cargo en original o copia certificada.

### En caso de Reclamación

En caso de reclamar el Beneficio de Invalidez, se deberá entregar la siguiente documentación en la Oficina de Servicio o contactar a tu Asesor Profesional de Seguros para apoyarte en el trámite:

- ▶ Llenar el formato de Reclamación de Beneficios que te puede proporcionar tu Asesor Profesional en Seguros.
- ▶ Copia fotostática de la identificación oficial del Asegurado.
- ▶ Comprobante de edad del Asegurado.
- ▶ Historia Clínica en original o copia fotostática con diagnóstico y pronóstico del padecimiento.

### Dictamen de la reclamación

Con la información y documentos proporcionados, la Compañía realiza el dictamen correspondiente de la reclamación, si es necesaria documentación adicional se les solicitará por escrito, así mismo cuando se tenga la conclusión del análisis, la Compañía se pondrá en contacto para comunicarles este resultado.

### Pago del seguro

Para hacer entrega del pago, el Asegurado o los Beneficiarios, según sea el caso, deberán presentar:

- ▶ Identificación oficial con fotografía y firma, tanto del Asegurado o persona fallecida como de los Beneficiarios.

## Formato de Identificación del Cliente e Información para Pago

Código de Filiación (Uso exclusivo de GNP)

## I.- Información General

Fecha			Datos del trámite (sólo trámites de egreso)			
Día	Mes	Año	No. de reclamación	No. de póliza		Línea de negocio (marcar con una X) Autos <input type="checkbox"/> Gastos Médicos <input type="checkbox"/> Daños <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/>
<b>Datos Generales del Beneficiario del pago</b>						
Denominación o Razón Social / Nombre Completo (Apellido paterno, apellido materno, nombre(s))					Código de cliente (si cuenta con él)	
Fecha de Nacimiento		Fecha de Constitución		País de nacimiento (Personas físicas)		Nacionalidad
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
RFC	letras	año	mes	día	homoclave	No. de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (si cuenta con ella)
Profesión u Ocupación (Personas físicas)				Objeto Social o Giro (personas morales)		
Folio Mercantil (Personas morales)		No. de identificación fiscal (TIN o equivalente)			CURP	

## II.- Información para el pago

Nombre del Titular de la cuenta bancaria y beneficiario del pago (se deberá escribir como aparece en su identificación oficial)						
Domicilio del Beneficiario						
Calle			Número exterior	Número interior	Colonia	
C.P.	Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad Federativa	
Teléfono de contacto (casa/oficina)		Ext.	Teléfono de contacto (móvil)		Correo electrónico	
Lada						

## III.- Forma de pago solicitada

Registre la información solicitada	
<input type="checkbox"/> Cuenta	Realizar los pagos a una cuenta CLABE de 18 dígitos que aparece en el estado de cuenta impreso o que es proporcionada en cualquier sucursal de su banco.
_____ - _____ - _____	

## Consideraciones para el pago

- La cuenta a depositar deberá ser en moneda nacional.

## Opcional sólo para Indemnización Diaria por Hospitalización (aplica sólo para personas físicas)

<input type="checkbox"/> Orden de pago	Para hacer efectivo el cobro debe acudir a la institución bancaria que corresponda con una identificación oficial (INE, Pasaporte vigente o Cedula profesional) y las claves proporcionadas por GNP, a través de los siguientes medios:
	Teléfono móvil: _____
	Correo electrónico: _____ @ _____

#### IV.- Solicitud de pago y finiquito

##### Solicitud de pago y finiquito

Por el conducto indicado anteriormente, solicito y autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del Contrato de Seguro concertado con esta Aseguradora, me sea cubierto, de acuerdo a los datos proporcionados.

Al efectuar el pago de acuerdo a la forma seleccionada, por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones de la póliza, reconozco que se ha efectuado y otorgo a favor de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., el más amplio finiquito que en derecho procede.

Atendiendo a lo anterior, estoy de acuerdo en las condiciones de la solicitud de pago y finiquito, así como en las referidas para el tratamiento de datos personales.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Titular de la cuenta bancaria

#### V.- Datos personales y consentimiento para su tratamiento

##### Datos Personales y Consentimiento para su tratamiento:

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP) se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet [www.gnp.com.mx](http://www.gnp.com.mx) en la sección aviso de privacidad.

Atendiendo a lo anterior, estoy de acuerdo en las condiciones de la solicitud de pago y finiquito, así como en las referidas para el tratamiento de los datos personales.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Titular de la cuenta bancaria o representante legal.

##### Datos Personales y Consentimiento (exclusivo para Personas Físicas)

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., el cual contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles. Asimismo, se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página [www.gnp.com.mx](http://www.gnp.com.mx). Por lo anterior:

Si No

Consiento y autorizo dicho tratamiento.

En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares de datos, reconozco mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

\_\_\_\_\_  
Firma de contratante, asegurado o beneficiario.

#### VI.- Observaciones

#### Anexar al Formato los documentos correspondientes

##### Persona física:

- ◆ Copia ciega del estado de cuenta bancario (sin saldo ni movimientos), no mayor a 3 meses de antigüedad, carta certificada donde se pueda identificar el nombre del titular y número de cuenta correspondiente, o contrato bancario firmado por la institución bancaria y el titular de la cuenta.
- ◆ Copia de la identificación oficial (con fotografía) vigente.
- ◆ Copia de la cédula fiscal de la persona física.

##### Persona moral:

- ◆ Copia ciega del estado de cuenta bancario (sin saldo ni movimientos), no mayor a 3 meses de antigüedad, carta certificada donde se pueda identificar el nombre del titular y número de cuenta correspondiente, o contrato bancario firmado por la institución bancaria y el titular de la cuenta.
- ◆ Copia del Acta Constitutiva de la empresa.
- ◆ Copia de la cédula física de la razón social.
- ◆ Copia de la identificación oficial (con fotografía) vigente del representante legal.
- ◆ Copia del poder del representante legal. Sólo en caso de que obre en una escritura diferente al acta constitutiva.

#### VII.- Datos generales del Agente

Nombre del Agente: \_\_\_\_\_ CUA: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### VIII.- Apartado para uso exclusivo de Grupo Nacional Provincial, S.A.B.

- Cuenta dada de alta
- Firma validada vs identificación oficial
- Información validada vs documentación

**Sello de recibido**

## Declaración para el trámite de reclamación de los beneficios adicionales

Fecha		
día	mes	año

<b>Seleccione el trámite a realizar</b> <input type="checkbox"/> Exención del pago de Primas (BIT) <input type="checkbox"/> Anticipo de Suma Asegurada (SEV)			
<input type="checkbox"/> Pago de Suma Asegurada por Invalidez (ISE) <input type="checkbox"/> Cobertura Mujer			
<b>I. Esta sección deberá ser contestada por el Asegurado</b>			Código Cliente
Apellido paterno		Apellido materno	
Póliza No.		Números de pólizas adicionales que tiene el Asegurado	
Nombre(s)		Lugar de nacimiento	
Fecha de nacimiento	R.F.C.	CURP (si cuenta con ella)	
Sexo	Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)	Profesión u ocupación	Actividad o giro del negocio donde trabaja
Correo electrónico (si cuenta con él)		¿El Asegurado tiene hábito de fumar?	
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Domicilio particular</b>			
Calle		No. exterior	No. interior
Colonia		C.P.	
Municipio o delegación	Ciudad o población	Entidad federativa	Pais (si es distinto a México)
clave lada		Teléfono	
<b>Datos de los médicos que lo atendieron</b>			
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico			Fecha de consulta
Domicilio completo			clave lada
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico			Fecha de consulta
Domicilio completo			clave lada
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico			Fecha de consulta
Domicilio completo			clave lada
Como Asegurado, autorizo al médico tratante, a los hospitales e instituciones donde fui internado, a que otorguen a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. toda la información que se refiera a mi estado de salud, e 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.
_____ Firma del Asegurado			
<b>II. Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra del médico que atiende al Asegurado</b>			
Antecedentes patológicos. Dar amplia información, indicando fechas, duración y estado actual			
_____ _____ _____			
Padecimiento que dio origen a la invalidez o enfermedad			Fecha de inicio
Signos y síntomas			día mes año
_____ _____			

FPS022100\_MV07\_inmd

Historia hospitalaria (fecha de ingreso, diagnóstico de ingreso, resultado de estudios efectuados, diagnóstico definitivo, pronóstico y tratamiento)

---

---

---

---

---

Estado actual

---

---

---

---

Pronóstico final

---

---

---

Tiempo probable de la duración de la invalidez en su caso

¿La afección imposibilita al Asegurado a desempeñar su trabajo habitual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Le impide tener otra ocupación compatible con sus conocimientos y aptitudes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

**Datos adicionales**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Datos del médico** (que requisita esta declaración)

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
R.F.C. <small>letras</small>   <small>año</small>   <small>mes</small>   <small>día</small>   <small>homoclave</small> <small>(si cuenta con ella)</small>	Registro S.S.A.	Cédula profesional

**Domicilio particular**

Calle	No. exterior	No. interior			
Colonia	C.P.				
Municipio o delegación	Ciudad o población	Entidad federativa	Pais (si es distinto a México)	clave lada	Teléfono

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.

Fechado en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_

Firma del médico

## Informe médico de beneficio de indemnización por pérdidas orgánicas

Este cuestionario debe ser llenado con tinta y de puño y letra por el Asegurado y el Médico que lo atendió o por el que rinde el informe.

Fecha		
día	mes	año

Datos para ser llenados por el Asegurado											
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)		Código cliente (si cuenta con él)			
Póliza No.			Números de pólizas adicionales que tiene el Asegurado				Lugar de nacimiento				
Fecha de nacimiento		día	mes	año	R.F.C.	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	CURP (si cuenta con ella)
Sexo		Nacionalidad (si es distinta a la mexicana)			Profesión u ocupación			Actividad o giro del negocio donde trabaja			
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
Correo electrónico (si cuenta con él)					¿El Asegurado tiene hábito de fumar?						
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
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		
Datos para ser llenados por el Médico											
Describa detalladamente la(s) lesión(es) encontrada(s) por usted, indicando su causa y su naturaleza											
¿Las lesiones fueron causadas exclusivamente por medios externos y violentos?							Fecha en que ocurrió la lesión				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							día mes año				
Dar detalles de cómo ocurrieron las lesiones											
¿Las lesiones provocaron la pérdida de la vista?			En caso afirmativo ¿en que ojo?				A su juicio ¿la pérdida de la vista es definitiva?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Las lesiones provocaron la pérdida de algunos de los miembros o parte de ellos?											
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
En caso afirmativo especifique claramente ¿cuál es la pérdida?, aclarando en el caso de los dedos, su nombre común y el número de falanges perdidas											
Dar detalle del estado actual de las lesiones											
Aparte de las lesiones ¿encontró Ud. algunos otros signos patológicos?											
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
¿El Asegurado en el momento de sufrir las lesiones padecía alguna afección o enfermedad aguda o crónica?											
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											



En caso afirmativo proporcione detalles (nombre de la enfermedad, fecha, duración, etc.)

---



---

¿Hubo alguna investigación oficial con motivo de las lesiones sufridas por el Asegurado?  
 Sí  No

En caso afirmativo proporcione detalles

---



---

**Datos de otros médicos que lo atendieron**

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

Domicilio completo

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

Domicilio completo

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

Domicilio completo

En caso de que el Asegurado hubiese estado internado en hospital o sanatorio, dé el nombre y dirección

---

**Datos adicionales**

---



---



---

**Datos del médico (que requisita esta declaración)**

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

R.F.C. letras año mes día homoclave (si cuenta con ella) Registro S.S.A. Cédula profesional

**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

Fechado en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

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.

\_\_\_\_\_ Firma usual del médico

Como Asegurado, autorizo al médico tratante, a los hospitales e instituciones donde fui internado, a que otorguen a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. toda la información que se refiera a mi estado de salud, e 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.

\_\_\_\_\_ Firma del Asegurado

### 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
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 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.**

## Declaración de Fallecimiento No. 2

Llénese por el médico

I. Datos del Asegurado finado									
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)			
Calle						No. exterior		No. interior	
Colonia							C.P.		
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País (si es distinto a México)		Teléfono	
						clave lada			
Última ocupación			Edad al morir	Fecha de fallecimiento	día mes año		Lugar de fallecimiento		
¿La muerte ocurrió en un hospital o sanatorio?			Fecha de ingreso al hospital	día mes año	Nombre y dirección del hospital				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
Fecha en que fue consultado por primera vez acerca de la causa directa e indirecta del fallecimiento			Fecha en que lo visitó por última vez	día mes año	día mes año		Tiempo que lo atendió		Tiempo que lo conoció
Datos de la defunción									
Concepto			Especificación de la causa o enfermedad				Tiempo de duración		
Causa o enfermedad que directamente produjo la muerte.									
Causa o enfermedad que dio origen a la que determinó la muerte.									
Otros estados patológicos anteriores, relacionados con la enfermedad principal o básica.									
Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la enfermedad principal o básica.									
La defunción fue por causa violenta o accidental			Lugar donde ocurrió						
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
Datos del médico									
¿Atendió personalmente al Asegurado?		Nombre completo del médico que requisita esta declaración							
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
Dirección, población y estado de residencia						clave lada		Teléfono	
Registro S.S.A.		Cédula de profesiones			R.F.C.		letras año mes día homoclave (si cuenta con ella)		
Datos de otros médicos que lo 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	
Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento, está apegada a la verdad, de acuerdo a los elementos que conozco sobre el caso en cuestión.					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.				
Lugar y fecha					Firma del médico				

## 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 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.**