



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.													
No. DE PÓLIZA (S):		TIPO DE SEGURO (INDIVIDUAL, GRUPO Y COLECTIVO):											
NOMBRE DEL CONTRATANTE(GRUPO Y COLECTIVO):						NÚMERO DE CERTIFICADO							
DATOS DEL ASEGURADO													
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):													
DOMICILIO A LA FECHA DE FALLECIMIENTO (Calle, Colonia, No.):						CIUDAD:							
ESTADO:		C.P.		TELÉFONO		NÚMERO DE AFILIACIÓN AL IMSS, ISSSTE U OTRO:							
RFC:		CURP:		FECHA DE NACIMIENTO:		DÍA		MES		AÑO			
NACIONALIDAD:		OCUPACIÓN A LA FECHA DE FALLECIMIENTO:				LUGAR DE NACIMIENTO:							
						ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA							
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													
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		DÍA		MES		AÑO	
CAUSA DE FALLECIMIENTO:													
AGENCIA QUE PROPORCIONÓ LOS SERVICIOS FUNERARIOS:						FECHA		DÍA		MES		AÑO	
EL FALLECIMIENTO FUE EN EL DOMICILIO PARTICULAR, HOSPITAL U OTROS:													
EN CASO DE MUERTE VIOLENTA, INDIQUE QUE AUTORIDAD TOMO CONOCIMIENTO DEL HECHO:													
NOTA: COMO BENEFICIARIO AUTORIZO A MÉDICOS, HOSPITALES, CLÍNICAS, SANATORIOS, 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. PARATAL 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 ORIGINAL.													
DATOS DE LOS BENEFICIARIOS													
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):						FECHA DE NACIMIENTO		DÍA		MES		AÑO	
DOMICILIO:						TELÉFONO:							
RFC:		CURP:		PARENTESCO:		OCUPACIÓN:							
E-MAIL:		NACIONALIDAD:		GIRO O ACTIVIDAD:		FIRMA:							
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):						FECHA DE NACIMIENTO		DÍA		MES		AÑO	
DOMICILIO:						TELÉFONO:							
RFC:		CURP:		PARENTESCO:		OCUPACIÓN:							
E-MAIL:		NACIONALIDAD:		GIRO O ACTIVIDAD:		FIRMA:							
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):						FECHA DE NACIMIENTO		DÍA		MES		AÑO	
DOMICILIO:						TELÉFONO:							
RFC:		CURP:		PARENTESCO:		OCUPACIÓN:							
E-MAIL:		NACIONALIDAD:		GIRO O ACTIVIDAD:		FIRMA:							
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):						FECHA DE NACIMIENTO		DÍA		MES		AÑO	
DOMICILIO:						TELÉFONO:							
RFC:		CURP:		PARENTESCO:		OCUPACIÓN:							
E-MAIL:		NACIONALIDAD:		GIRO O ACTIVIDAD:		FIRMA:							