



LOS DATOS QUE SE REFIERE ESTA FORMA DEBERAN 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)							
NOMBRE DEL CONTRATANTE:										
DATOS DEL ASEGURADO										
NOMBRE: (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):										
DOMICILIO A LA FECHA DE FALLECIMIENTO (Calle, No., Colonia):					CIUDAD:					
ESTADO:		C.P.			TELÉFONO					
RFC:	CURP:		FECHA DE NACIMIENTO:		DÍA	MES		AÑO		LUGAR DE NACIMIENTO
NACIONALIDAD:			OCUPACIÓN A LA FECHA DEL 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, ESTADO					TELÉFONO:					
NOMBRE: (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):										
DOMICILIO, CIUDAD, ESTADO					TELÉFONO:					
NOMBRE: (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):										
DOMICILIO, CIUDAD, ESTADO					TELÉFONO:					
DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO										
LUGAR DEL FALLECIMIENTO:			FECHA DEL FALLECIMIENTO:		DÍA	MES		AÑO		
CAUSA DEL 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 TOMÓ CONOCIMIENTO DEL HECHO:							No. DE ACTA MP			



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 SPP INSTITUCIÓN DE SEGROS, S.A. DE C.V. TODOS LOS INFORMES QUE SE REFIERAN A LA SALUD DE ÉSTE, INCLUSIVE TODOS LOS DATOS DE PADECIMEINTOS ANTERIORES, PARA EL 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:		

ESTE TRAMITE ES GRATUITO