

## 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Fecha de ingreso al hospital	día mes año	Nombre y dirección del hospital				
Fecha en que fue consultado por primera vez acerca de la causa directa e indirecta del fallecimiento			día mes año	Fecha en que lo visitó por última vez	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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Lugar donde ocurrió						
Datos del médico									
¿Atendió personalmente al Asegurado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre completo del médico que requisita esta declaración							
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.**