

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>					
<b>NOMBRE DEL CONTRATANTE:</b>							
<b>DATOS DEL ASEGURADO</b>							
<b>NOMBRE:</b> Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)							
<b>DOMICILIO A LA FECHA DE FALLECIMIENTO:</b> (Calle, Número, Colonia):							
<b>CIUDAD:</b>		<b>ESTADO:</b>		<b>C.P.:</b>		<b>TELÉFONO:</b>	
<b>RFC:</b>		<b>CURP:</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>		<b>DÍA</b>	<b>MES</b>
							<b>AÑO</b>
<b>LUGAR DE NACIMIENTO:</b>				<b>NACIONALIDAD:</b>			
<b>OCUPACIÓN A LA FECHA DE FALLECIMIENTO:</b>							
<b>NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO DONDE TRABAJA Y DOMICILIO:</b>							
<b>INDIQUE EN QUE OTRAS COMPAÑÍAS ESTABA ASEGURADO:</b>							
<b>DATOS DE LOS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO (En caso de que hubiera)</b>							
<b>NOMBRE:</b> Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)							
<b>DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO:</b>						<b>TELÉFONO:</b>	
<b>NOMBRE:</b> Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)							
<b>DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO:</b>						<b>TELÉFONO:</b>	
<b>NOMBRE:</b> Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)							
<b>DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO:</b>						<b>TELÉFONO:</b>	
<b>DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO</b>							
<b>LUGAR DE FALLECIMIENTO:</b>				<b>FECHA DE FALLECIMIENTO:</b>		<b>DÍA</b>	<b>MES</b>
							<b>AÑO</b>
<b>CAUSA DE FALLECIMIENTO:</b>							
<b>AGENCIA QUE PROPORCIONÓ LOS SERVICIOS FUNERARIOS:</b>						<b>FECHA:</b>	
<b>EL FALLECIMIENTO FUE EN EL DOMICILIO PARTICULAR, HOSPITAL U OTROS:</b>							
<b>EN CASO DE MUERTE VIOLENTA, INDIQUE QUE AUTORIDAD TOMO CONOCIMIENTO DEL HECHO:</b>						<b>NO. DE ACTA DEL MINISTERIO PÚBLICO</b>	
<b>NOTA:</b> Como Beneficiario autorizó 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 Seguros Banorte, S.A. de C.V. todos los informes que se refieran a la salud de éste inclusive todos los datos de padecimientos anteriores, para tal 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.							
<b>DATOS DE LOS BENEFICIARIOS</b>							
<b>NOMBRE:</b> Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)						<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	
<b>DOMICILIO:</b>							
<b>TELÉFONO:</b>							
<b>R.F.C.:</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>	
<b>NOMBRE:</b> Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)						<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	
<b>DOMICILIO:</b>							
<b>TELÉFONO:</b>							
<b>R.F.C.:</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>	
<b>NOMBRE:</b> Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)						<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	
<b>DOMICILIO:</b>							
<b>TELÉFONO:</b>							
<b>R.F.C.:</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>	
<b>LUGAR Y FECHA:</b>							
<b>ESTE TRÁMITE ES GRATUITO</b>							
En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 12 de agosto de 2009, con el número CNSF-S0001-0452-2009.							