

Los datos a que se refiere esta forma deberán ser proporcionados por el (los) Beneficiario(s) nombrado(s) en la(s) Póliza(s) de Seguros

Número de Póliza(s)	Tipo de Seguro Individual <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Colectivo <input type="checkbox"/>	Grupo o Colectivo	
		Nombre del Contratante	Número de Certificado

Datos Generales del Asegurado (a la Fecha del Fallecimiento)

Apellido Paterno		Apellido Materno	
R.F.C.:		CURP:	
Fecha de Nacimiento Día Mes Año		Lugar de Nacimiento:	
Nacionalidad:	Ocupación / Profesión:	Antigüedad en la Empresa:	
Domicilio			
Calle:		Edificio:	No. exterior / No. interior
Colonia / Fraccionamiento:	Código Postal:	Delegación / Municipio:	
Ciudad / Población:	Entidad Federativa (Estado):	País:	
Lada	Teléfono No.:	No. de Afiliación IMSS, ISSSTE u Otro:	

Datos de la(s) Empresa(s) donde Prestaba sus Servicios

Nombre de la Empresa o Negocio:	Antigüedad en la Empresa:
---------------------------------	---------------------------

Datos de otra(s) Empresa(s) donde se Encontraba Asegurado

Nombre de la Empresa(s):

Datos del Médico 1 que atendió al Asegurado

Apellido Paterno		Apellido Materno	
Calle:		Edificio:	No. exterior / No. interior
Colonia / Fraccionamiento:	Código Postal:	Delegación / Municipio:	
Ciudad / Población:	Entidad Federativa (Estado):	País:	Teléfono No.:
Institución de salud a la que pertenece:			

Datos del Médico 2 que atendió al Asegurado

Apellido Paterno		Apellido Materno	
Calle:		Edificio:	No. exterior / No. interior
Colonia / Fraccionamiento:	Código Postal:	Delegación / Municipio:	
Ciudad / Población:	Entidad Federativa (Estado):	País:	Teléfono No.:
Institución de salud a la que pertenece:			

Datos del Médico 3 que atendió al Asegurado

Apellido Paterno		Apellido Materno	
Calle:		Edificio:	No. exterior / No. interior
Colonia / Fraccionamiento:	Código Postal:	Delegación / Municipio:	
Ciudad / Población:	Entidad Federativa (Estado):	País:	Teléfono No.:
Institución de salud a la que pertenece:			

ESTE DOCUMENTO SÓLO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE SEGURO Y, POR TANTO, NO REPRESENTA GARANTÍA ALGUNA DE QUE LA MISMA SERÁ ACEPTADA POR LA EMPRESA DE SEGUROS, NI DE QUE, EN CASO DE ACEPTARSE, LA ACEPTACIÓN CONCUERDE TOTALMENTE CON LOS TÉRMINOS DE LA SOLICITUD.

Datos del Fallecimiento

Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):		Día		Mes		Año	
Causa(s):									
¿En dónde se realizaron los servicios funerarios?:									
Día									
Mes									
Año									
¿Dónde ocurrió el fallecimiento? Domicilio Particular <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Sanatorio <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique: _____									
Calle:				Edificio:			No. exterior / No. interior		
Colonia / Fraccionamiento:				Código Postal:		Delegación / Municipio:			
Ciudad / Población:				Entidad Federativa (Estado):				País:	
¿La muerte fue violenta?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Especifique:							
Autoridad que tomó conocimiento:									
<p><i>En este acto autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, para que en caso de que así lo decida, solicite, requiera y obtenga del (los) médico(s), hospital(es), sanatorio(s), clínica(s), laboratorio(s), gabinete(s) y/o establecimiento(s) en los que haya sido atendido el Asegurado, toda la información sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el (los) expediente(s) y/o resumen(es) clínico(s) y/o nota(s) y/o reporte(s) y/o cualquier otro documento sobre su(s) enfermedad(es) y/o accidentes y/o tratamiento(s) proporcionado(s) al Asegurado.</i></p>									

Datos del Beneficiario 1

Apellido Paterno		Apellido Materno			Nombre(s)						
Parentesco (para efectos de identificación):		R.F.C.:		CURP:		Día		Fecha de Nacimiento Mes		Año	
Nacionalidad:		Ocupación / Profesión:			Actividad o Giro del Negocio:						
Calle:				Edificio:			No. exterior / No. Interior:				
Colonia / Fraccionamiento:				Código Postal:		Delegación / Municipio:					
Ciudad / Población:				Entidad Federativa (Estado):				País:			
Lada:	Teléfono No.:			Fax:		E-Mail/ Página de Internet:					
<p align="right">_____</p> <p align="right">Firma del Beneficiario</p>											

Datos del Beneficiario 2

Apellido Paterno		Apellido Materno			Nombre(s)						
Parentesco (para efectos de identificación):		R.F.C.:		CURP:		Día		Fecha de Nacimiento Mes		Año	
Nacionalidad:		Ocupación / Profesión:			Actividad o Giro del Negocio:						
Calle:				Edificio:			No. exterior / No. Interior:				
Colonia / Fraccionamiento:				Código Postal:		Delegación / Municipio:					
Ciudad / Población:				Entidad Federativa (Estado):				País:			
Lada:	Teléfono No.:			Fax:		E-Mail/ Página de Internet:					
<p align="right">_____</p> <p align="right">Firma del Beneficiario</p>											

Datos del Beneficiario 3									
Apellido Paterno			Apellido Materno				Nombre(s)		
Parentesco (para efectos de identificación):		R.F.C.:		CURP:			Día	Fecha de Nacimiento Mes Año	
Nacionalidad:		Ocupación / Profesión:			Actividad o Giro del Negocio:				
Calle:					Edificio:		No. exterior / No. Interior:		
Colonia / Fraccionamiento:				Código Postal:		Delegación / Municipio:			
Ciudad / Población:				Entidad Federativa (Estado):			País:		
Lada:	Teléfono No.:		Fax:		E-Mail/ Página de Internet:				

Firma del Beneficiario									

Datos del Beneficiario 4									
Apellido Paterno			Apellido Materno				Nombre(s)		
Parentesco (para efectos de identificación):		R.F.C.:		CURP:			Día	Fecha de Nacimiento Mes Año	
Nacionalidad:		Ocupación / Profesión:			Actividad o Giro del Negocio:				
Calle:					Edificio:		No. exterior / No. Interior:		
Colonia / Fraccionamiento:				Código Postal:		Delegación / Municipio:			
Ciudad / Población:				Entidad Federativa (Estado):			País:		
Lada:	Teléfono No.:		Fax:		E-Mail/ Página de Internet:				

Firma del Beneficiario									

Datos del Apoderado Legal									
Apellido Paterno			Apellido Materno				Nombre(s)		
Nacionalidad:		Identificación:			No. de Identificación:				
Comprobante de Domicilio:			Documentos con que Acredita su Personalidad:						

Requisitada en: _____ a _____ de _____ de _____

Nombre Completo y Firma