

SOLICITUD DE RECLAMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

Seguros de Vida Sura México, S.A. de C.V.

Av. Paseo de la Reforma No. 222, Piso 4, Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06600, México, D.F. Tel.: 01 800 999 5555



Los datos a que se refiere esta forma deberán ser proporcionados por el o los beneficiarios nombrados en la póliza del seguro o sus representantes legales bajo su firma.

Número de póliza	Tipo de seguro (individual)
------------------	-----------------------------

Nombre del contratante

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre (s), apellido paterno, apellido materno

Domicilio a la fecha del fallecimiento Colonia

Calle y número

Código postal Ciudad Municipio o delegación

Estado País Teléfono

R.F.C. C.U.R.P. Fecha de nacimiento Día Mes Año Lugar de nacimiento

Nacionalidad Ocupación a la fecha de fallecimiento

Nombre de la empresa o negocio donde trabaja y domicilio Indique en qué otras compañías estaba asegurado

DATOS DE LOS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO (en caso de que los hubiera)

Nombre del médico (nombre (s), apellido paterno, apellido materno)

Domicilio completo Teléfono

Nombre del médico (nombre (s), apellido paterno, apellido materno)

Domicilio completo Teléfono

Nombre del médico (nombre (s), apellido paterno, apellido materno)

Domicilio completo Teléfono

DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO

Lugar del fallecimiento Fecha de fallecimiento Día Mes Año

Teléfono casa Teléfono celular Teléfono recados

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 qué autoridad tomó conocimiento del hecho Número acta ministerio público

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Nombre (s), apellido paterno, apellido materno				Fecha de nacimiento		
				Día Mes Año		
Domicilio completo				Teléfono		
R.F.C.	C.U.R.P.	Parentesco	Ocupación			
Correo electrónico	Nacionalidad	Giro o actividad	Firma			
Nombre (s), apellido paterno, apellido materno				Fecha de nacimiento		
				Día Mes Año		
Domicilio completo				Teléfono		
R.F.C.	C.U.R.P.	Parentesco	Ocupación			
Correo electrónico	Nacionalidad	Giro o actividad	Firma			
Nombre (s), apellido paterno, apellido materno				Fecha de nacimiento		
				Día Mes Año		
Domicilio completo				Teléfono		
R.F.C.	C.U.R.P.	Parentesco	Ocupación			
Correo electrónico	Nacionalidad	Giro o actividad	Firma			
Nombre (s), apellido paterno, apellido materno				Fecha de nacimiento		
				Día Mes Año		
Domicilio completo:				Teléfono		
R.F.C.	C.U.R.P.	Parentesco	Ocupación			
Correo electrónico	Nacionalidad	Giro o actividad	Firma			

Lugar y fecha

Este trámite es gratuito