

Fecha de reclamación:

Datos Proporcionados por los Beneficiarios nombrados en la póliza del seguro o sus representantes legales bajo su firma

No. póliza (s):
Contratante

Datos Generales del Asegurado

Nombres y Apellidos:
Fecha de Nacimiento: RFC: País de Nacimiento:
CURP*: Nacionalidad: Ocupación a la fecha del fallecimiento
Domicilio a la fecha del fallecimiento: Calle: No
Colonia: Alcaldía/Municipio: Ciudad:
Estado: C.P:

Datos del Médico que atendió al asegurado (en caso de que lo tuviera)

Nombres y Apellidos:
Domicilio completo Teléfono
Cedula profesional

Datos sobre el fallecimiento

Lugar: Fecha
Causa:
Agencia de servicios funerarios: Fecha
Falleció en: Hospital Casa Otros ¿Fue muerte violenta? Si No
En caso afirmativo, indique el número de carpeta de investigación:

Datos Generales del Beneficiario 1

Nombres y Apellidos:
Fecha de Nacimiento: RFC: CURP*:
País de Nacimiento: Ent.fed. nacimiento Nacionalidad:
Parentesco con el asegurado: Ocupación: Giro o actividad:
Domicilio Particular: Calle: No. Colonia:
Alcaldía/Municipio: Ciudad: Estado: C.P:
Documentos recibidos: *Cédula de identificación fiscal Identificación oficial Comprobante de domicilio Estado de cuenta
Correo Tel.: Firma

Datos Generales del Beneficiario 2

Nombres y Apellidos:
Fecha de Nacimiento: RFC: CURP*:

Solicitud de Reclamación para Beneficiario (s)

País de Nacimiento: Ent.fed. nacimiento Nacionalidad:

Parentesco con el asegurado: Ocupación: Giro o actividad:

Domicilio Particular: Calle: No. Colonia:

Alcaldía/Municipio: Ciudad: Estado: C.P:

Documentos recibidos: *Cédula de identificación fiscal Identificación oficial Comprobante de domicilio Estado de cuenta

Correo Tel.: Firma

Datos Generales del Beneficiario 3

Nombres y Apellidos:

Fecha de Nacimiento: RFC: CURP*:

País de Nacimiento: Ent.fed. nacimiento Nacionalidad:

Parentesco con el asegurado: Ocupación: Giro o actividad:

Domicilio Particular: Calle: No. Colonia:

Alcaldía/Municipio: Ciudad: Estado: C.P:

Documentos recibidos: *Cédula de identificación fiscal Identificación oficial Comprobante de domicilio Estado de cuenta

Correo Tel.: Firma

Datos Generales del Beneficiario 4

Nombres y Apellidos:

Fecha de Nacimiento: RFC: CURP*:

País de Nacimiento: Ent.fed. nacimiento Nacionalidad:

Parentesco con el asegurado: Ocupación: Giro o actividad:

Domicilio Particular: Calle: No. Colonia:

Alcaldía/Municipio: Ciudad: Estado: C.P:

Documentos recibidos: *Cédula de identificación fiscal Identificación oficial Comprobante de domicilio Estado de cuenta

Correo Tel.: Firma

Avisos Legales

Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. con domicilio ubicado en Aristóteles 77, Piso 1, Despacho 104, Colonia Polanco Reforma, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11550, en la Ciudad de México, utilizará sus datos personales aquí recabados para: A) verificar, confirmar y validar su identidad; B) evaluar su solicitud de seguro y selección de riesgo o las circunstancias para, en su caso, celebrar contratos con la Aseguradora Patrimonial Vida; C) cumplir con las obligaciones derivadas del contrato de seguro que, en su caso, se llegue a celebrar; D) entregar toda aquella documentación que se derive del contrato de seguro que, en su caso, se llegue a celebrar; E) operar y dar seguimiento al producto de seguro solicitado o contratado con la Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V.; y F) prevenir y detectar fraude y/u operaciones ilícitas.

Para más información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de nuestra página web: <http://apvida.mx/documentos/AVISODEPRIVACIDAD2020>

Cambios 31/12/2020