

Fecha de reclamación:

Datos Proporcionados Por los Beneficiarios nombrados en la Póliza de Seguro o sus Representantes Legales bajo su firma

N° de Póliza:

Contratante:

Datos Generales del Asegurado

Nombres y Apellidos:

Fecha de Nacimiento: País de Nacimiento: Nacionalidad

RFC: CURP Ocupación a la fecha de fallecimiento

Domicilio a la fecha de fallecimiento N° Colonia

Alcaldía/Municipio Ciudad Estado CP

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

Nombres y Apellidos:

Domicilio Completo Teléfono

Cédula 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 actual N° Colonia

Alcaldía/Municipio Ciudad Estado CP

Documentos recibidos: ☐ *Cédula de Identificación Fiscal ☐ Identificación Oficial ☐ Comprobante de Domicilio ☐ Estado de Cuenta

Forma de Pago, en caso de resultar procedente: Cheque ☐ Transferencia ☐ Banco

Cuenta (11 dígitos)

Cuenta Interbancaria (18 dígitos)

Correo Teléfono Firma

Por el conducto indicado anteriormente, solicito y autorizo a Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del Contrato de Seguro concertado con esta Aseguradora, me sea cubierto de acuerdo con los datos proporcionados.

Al efectuar el pago de acuerdo con la forma seleccionada, por el monto que proceda de acuerdo con las condiciones de la póliza, otorgo a favor de la Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., el más amplio finiquito que en derecho proceda y reconozco el estado de cuenta, comprobante de depósito, ficha de pago, orden de pago o cheque que refleje el movimiento como un acuse de recibo.

Datos Generales del Beneficiario 2

Nombres y Apellidos:

Fecha de Nacimiento: RFC: CURP:

País de Nacimiento: Ent. Fed. Nacimiento: Nacionalidad:

Parentesco con el Asegurado: Ocupación: Giro o Actividad:

Domicilio actual: N°: Colonia:

Alcaldía/Municipio: Ciudad: Estado: CP:

Documentos recibidos: ☐ *Cédula de Identificación Fiscal ☐ Identificación Oficial ☐ Comprobante de Domicilio ☐ Estado de CuentaForma de Pago, en caso de resultar procedente: Cheque ☐ Transferencia ☐ Banco:

Cuenta (11 dígitos):

Cuenta Interbancaria (18 dígitos):

Correo: Teléfono: Firma:

Por el conducto indicado anteriormente, solicito y autorizo a Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del Contrato de Seguro concertado con esta Aseguradora, me sea cubierto de acuerdo con los datos proporcionados. Al efectuar el pago de acuerdo con la forma seleccionada, por el monto que proceda de acuerdo con las condiciones de la póliza, otorgo a favor de la Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., el más amplio finiquito que en derecho proceda y reconozco el estado de cuenta, comprobante de depósito, ficha de pago, orden de pago o cheque que refleje el movimiento como un acuse de recibo.

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 actual: N°: Colonia:

Alcaldía/Municipio: Ciudad: Estado: CP:

Documentos recibidos: ☐ *Cédula de Identificación Fiscal ☐ Identificación Oficial ☐ Comprobante de Domicilio ☐ Estado de CuentaForma de Pago, en caso de resultar procedente: Cheque ☐ Transferencia ☐ Banco:

Cuenta (11 dígitos):

Cuenta Interbancaria (18 dígitos):

Correo: Teléfono: Firma:

Por el conducto indicado anteriormente, solicito y autorizo a Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del Contrato de Seguro concertado con esta Aseguradora, me sea cubierto de acuerdo con los datos proporcionados. Al efectuar el pago de acuerdo con la forma seleccionada, por el monto que proceda de acuerdo con las condiciones de la póliza, otorgo a favor de la Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., el más amplio finiquito que en derecho proceda y reconozco el estado de cuenta, comprobante de depósito, ficha de pago, orden de pago o cheque que refleje el movimiento como un acuse de recibo.

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 actual..... N° Colonia.....

Alcaldía/Municipio Ciudad Estado CP

Documentos recibidos: ☐ *Cédula de Identificación Fiscal ☐ Identificación Oficial ☐ Comprobante de Domicilio ☐ Estado de CuentaForma de Pago, en caso de resultar procedente: Cheque ☐ Transferencia ☐ Banco

Cuenta (11 dígitos)

Cuenta Interbancaria (18 dígitos)

Correo Teléfono Firma

Por el conducto indicado anteriormente, solicito y autorizo a Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del Contrato de Seguro concertado con esta Aseguradora, me sea cubierto de acuerdo con los datos proporcionados. Al efectuar el pago de acuerdo con la forma seleccionada, por el monto que proceda de acuerdo con las condiciones de la póliza, otorgo a favor de la Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., el más amplio finiquito que en derecho proceda y reconozco el estado de cuenta, comprobante de depósito, ficha de pago, orden de pago o cheque que refleje el movimiento como un acuse de recibo.

Datos Generales del Beneficiario 5

Nombres y Apellidos:

Fecha de Nacimiento: RFC: CURP.....

País de Nacimiento Ent. Fed. Nacimiento Nacionalidad

Parentesco con el Asegurado Ocupación Giro o Actividad

Domicilio actual..... N° Colonia.....

Alcaldía/Municipio Ciudad Estado CP

Documentos recibidos: ☐ Cédula de Identificación Fiscal ☐ Identificación Oficial ☐ Comprobante de Domicilio ☐ Estado de CuentaForma de Pago, en caso de resultar procedente: Cheque ☐ Transferencia ☐ Banco

Cuenta (11 dígitos)

Cuenta Interbancaria (18 dígitos)

Correo Teléfono Firma

Por el conducto indicado anteriormente, solicito y autorizo a Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del Contrato de Seguro concertado con esta Aseguradora, me sea cubierto de acuerdo con los datos proporcionados. Al efectuar el pago de acuerdo con la forma seleccionada, por el monto que proceda de acuerdo con las condiciones de la póliza, otorgo a favor de la Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., el más amplio finiquito que en derecho proceda y reconozco el estado de cuenta, comprobante de depósito, ficha de pago, orden de pago o cheque que refleje el movimiento como un acuse de recibo.

Avisos Legales

Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., con domicilio ubicado en Aristóteles 77, Piso 1, Despacho 104, Col. 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, S.A. de C.V., 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: https://spsegurospatrimonial.mx/wp-content/uploads/2025/06/1.-AVISO_DE_PRIVACIDAD_INTEGRAL-2025.pdf