



PO Box 366107, San Juan PR 00936-6107
Ave. Muñoz Rivera 510, San Juan PR 00918

DECLARACIÓN SOLICITANTE RECLAMACIÓN MUERTE

NOMBRE DEL FALLECIDO		NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL DE LA PÓLIZA	
FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE DEFUNCIÓN	NÚMERO DE LA PÓLIZA	
LUGAR DE NACIMIENTO		LUGAR DE DEFUNCIÓN U HOSPITAL (SI APLICA)	
<p>*** AVISO ANTIFRAUDE ***</p> <p>"Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentarse másde una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en el delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años."</p>		CAUSA DE LA MUERTE	
		FECHA EN QUE ENFERMÓ EL FALLECIDO DE CONDICIÓN O CAUSA DE LA MUERTE	
		EN SU ÚLTIMA ENFERMEDAD, DIGA FECHA CUANDO SE CONSULTÓ AL MÉDICO POR PRIMERA VEZ	
		FECHA EN QUE TRABAJÓ POR ÚLTIMA VEZ	
ANOTE LOS MÉDICOS VISITADOS O QUE ATENDIERON AL FALLECIDO DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS ANTERIORES A SU MUERTE (COMENZANDO CON EL MÁS RECIENTE)			
NOMBRE	DIRECCIÓN	ENFERMEDAD	FECHA EN QUE LO ATENDIÓ
ANOTE LOS OTROS SEGUROS VIGENTES DE VIDA O ACCIDENTE DEL FALLECIDO:			
NOMBRE			
<p>A MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY</p> <p>DECLARACIÓN</p> <p>El suscribiente por la presente reclama ser el beneficiario o uno de los beneficiarios del seguro aludido y estar de acuerdo que las declaraciones escritas y affidávit de todos los médicos que atendieron y trataron al asegurado y todos los demás documentos solicitados, según se expresa arriba, constituirán y serán de ahora en adelante, partes de esta "Comprobación de Muerte" y acepta además que la entrega por la MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY de este formulario o de cualesquiera otro suplementando el mismo, no constituirá ni se considerará como una admisión de que había en vigor un seguro sobre la vida del fallecido, ni que renuncie a cualquiera de sus derechos o defensas.</p> <p>Renuncio expresamente, a nombre propio y de cualquier otra parte que pueda tener o reclamar interés en cualquier póliza otorgada al asegurado, a todas las providencias de ley prohibiendo a cualquier médico o cualquier otra persona que asistió o examinó al asegurado, o cualquier hospital (incluyendo el Hospital de Veterano) o sanatorio en el cual el asegurado estuvo recludo, tratado o examinado, a revelar información o conocimiento adquirido al respecto y autorizo el que se suministre toda dicha información a la firma aseguradora arriba mencionada. Una copia fotostática de esta autorización se considerará tan válida como el original.</p>			
<p>NOMBRE DEL RECLAMANTE _____ EDAD _____ PARENTESCO _____</p> <p>DIRECCIÓN _____</p> <p>FIRMA DEL RECLAMANTE _____ TELÉFONO (_____) _____</p>			