



Multinational Life Insurance Company

— Seguro te Responde —

470 Ave. Ponce de León, San Juan P.R. 00918
P.O. Box 366107, San Juan P.R. 00936-6107

Tel. (787) 756-8820 • Fax: (787) 281-0308 • www.multinationalpr.com

CERTIFICACIÓN DEL PATRONO

Employer's Certification

Número de Póliza: _____
Policy number

Número de Reclamación: _____
Claim number

Reclamante: _____
Claimant

Nombre del Patrono: _____ Teléfono: (____) _____
Name of employer Phone

Nombre del Empleado: _____
Name of employee

Núm. de Seguro Social: _____ Núm. del Empleado: _____
Social Security number Employee's number

Ocupación: _____ Tiempo en la ocupación
antes de incapacitarse: _____
Occupation Time in occupation before being disabled

Worker's payments

Condición: Desde ____/____/____ Hasta ____/____/____ Cantidad: \$ _____
Sickness From Through Amount

Vacaciones: Desde ____/____/____ Hasta ____/____/____ Cantidad: \$ _____
Vacations From Through Amount

Otro(s): Desde ____/____/____ Hasta ____/____/____ Cantidad: \$ _____
Other(s) From Through Amount

Último día de trabajo: _____
Last date physically worked

Fecha en que regresó al trabajo: _____
Date returned to work

¿Está relacionada la incapacidad con su ocupación? Sí No
Is disability related to the occupation? Yes No

Firma del representante autorizado
Signature of authorized representative

Posición
Position

Fecha
Date