



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

DECLARACIÓN DEL 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 presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000.00) dólares, ni mayor de diez mil (10,000.00) 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 O ASISTIÓ A SU TRABAJO POR ÚLTIMA VEZ	
ENTRE 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.			
COMPañÍA ASEGURADORA	FECHA DE LA PÓLIZA	CANTIDAD	
<p>A MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY 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 affidavit 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 parte para "Comprobación de Muerte" y acepta además que la entrega por la MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY de este formulario o de cualesquiera otros 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 a cualquier hospital (incluyendo el Hospital de Veteranos) o sanatorio en el cual el asegurado estuvo recluso, 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>			