



Multinational Life Insurance Company

PO Box 366107, San Juan PR 00936-6107  
 470 Ave. Ponce de León, San Juan PR 00918  
 tel. 787-756-8820 • ext. 2173, 2174, 2179 • 787-758-8080  
 fax: 787-281-0308 • e-mail: claims@multinationalpr.com

**SOLICITUD DE BENEFICIOS  
 POR MUERTE**

**PARTE I - INFORME Y CERTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD ASEGURADA**

1. NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA FENECIDA		2. FECHA DE NACIMIENTO
3. DIRECCIÓN POSTAL COMPLETA A LA FECHA DE SU MUERTE		
4. NÚMERO DE PÓLIZA	5. NÚMERO CERTIFICADO	6. CANTIDAD DE SEGURO
7. FECHA ELIGIBILIDAD	8. CLASIFICACIÓN PARA LA CUBIERTA	
9. FECHA DEFUNCIÓN	10. LUGAR DONDE MURIÓ	
11. NOMBRE DEL (LOS BENEFICIARIOS)	12. EDAD	13. DIRECCIÓN

14. CERTIFICAMOS QUE LOS DATOS AQUÍ INDICADOS SON CORRECTOS A NUESTRO MEJOR ENTENDER Y CONOCIMIENTO.

\_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ENTIDAD ASEGURADA      FIRMA Y TÍTULO DEL OFICIAL AUTORIZADO      FECHA

**\*\*\*AVISO\*\*\***

"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 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.

**PARTE II - INFORME Y CERTIFICACIÓN DEL PATRONO**

1. NOMBRE DEL EMPLEADO DE ACUERDO A SUS RÉCORDS		2. NÚMERO SEGURO SOCIAL
3. FECHA DE EMPLEO	4. FECHA ÚLTIMO DÍA TRABAJADO	5. SALARIO <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL
6. OCUPACIÓN: (Describe deberes)		BÁSICO \$ _____
7. ¿ERA EMPLEADO SUYO A LA FECHA DE DEFUNCIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

8. CERTIFICAMOS QUE LOS DATOS AQUÍ INDICADOS SON CORRECTOS A NUESTRO MEJOR ENTENDER Y CONOCIMIENTO.

\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PATRONO      FIRMA Y TÍTULO DEL OFICIAL AUTORIZADO      FECHA

La entrega de este formulario no constituye admisión por parte de la Compañía de que existe cubierta ni constituye reconocimiento de la validez de cualquier reclamación, y la misma se hace sin afectar los derechos legales de la Compañía en relación con la misma.

