

**PARA AGILIZAR EL TRÁMITE DE SU RECLAMACIÓN, RECUERDE:**

- Ver documentos necesarios para establecer la Reclamación por Muerte al dorso, según aplique.
- Requerido completar la parte de Pago Electrónico (ACH).
- Enviar via E-mail a: [claims@multinationalpr.com](mailto:claims@multinationalpr.com)

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

|                                                   |                                |                     |
|---------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA FENECIDA        |                                | FECHA DE NACIMIENTO |
| DIRECCIÓN POSTAL COMPLETA A LA FECHA DE LA MUERTE |                                |                     |
| NÚMERO DE PÓLIZA                                  | NÚMERO CERTIFICADO             | CANTIDAD DE SEGURO  |
| FECHA ELIGIBILIDAD                                | CLASIFICACIÓN PARA LA CUBIERTA |                     |
| FECHA DEFUNCIÓN                                   | LUGAR DONDE MURIÓ              |                     |
| <b>NOMBRE DEL (DE LOS) BENEFICIARIO(S)</b>        | <b>EDAD</b>                    | <b>DIRECCIÓN</b>    |
|                                                   |                                |                     |
|                                                   |                                |                     |
|                                                   |                                |                     |
|                                                   |                                |                     |
|                                                   |                                |                     |

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 que presente 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 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**

|                                                                                                        |                            |                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL EMPLEADO DE ACUERDO A SUS RÉCORDS                                                           |                            | NÚMERO SEGURO SOCIAL                                                                                                                                                |
| FECHA DE EMPLEO                                                                                        | FECHA ÚLTIMO DÍA TRABAJADO | SALARIO: <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL<br><input type="checkbox"/> MENSUAL BÁSICO \$ _____ |
| OCUPACIÓN (Describa deberes)                                                                           |                            |                                                                                                                                                                     |
| ¿ERA EMPLEADO SUYO A LA FECHA DE LA DEFUNCIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |                            |                                                                                                                                                                     |

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.

### PARTE III - DECLARACIONES DEL (LOS) BENEFICIARIO (S):

|                                                                                  |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| NOMBRE DEL DIFUNTO                                                               | FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO |
| DIRECCIÓN POSTAL COMPLETA A LA FECHA DE LA MUERTE                                |                             |
| CAUSA DE LA MUERTE                                                               | FECHA Y LUGAR DE LA MUERTE  |
| ¿CUÁNDO SE PRESENTARON POR PRIMERA VEZ LOS SÍNTOMAS DE SU ÚLTIMA ENFERMEDAD?     |                             |
| ¿CUÁNDO CONSULTÓ POR PRIMERA VEZ A UN MÉDICO EN RELACIÓN A SU ÚLTIMA ENFERMEDAD? |                             |
| FECHA EN QUE EL DIFUNTO ASISTIÓ POR ÚLTIMA VEZ A SU TRABAJO                      |                             |

### INFORMACIÓN ADICIONAL

| NOMBRE DEL (DE LOS) BENEFICIARIO(S) | SEGURO SOCIAL | FECHA DE NACIMIENTO | DIRECCIÓN POSTAL COMPLETA |
|-------------------------------------|---------------|---------------------|---------------------------|
|                                     |               |                     |                           |
|                                     |               |                     |                           |
|                                     |               |                     |                           |
|                                     |               |                     |                           |
|                                     |               |                     |                           |
|                                     |               |                     |                           |

### CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Certifico (amos) que los documentos que acompañan esta solicitud de beneficios a MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY constituyen evidencia de la muerte de \_\_\_\_\_, y que las declaraciones aquí vertidas son correctas a mi (nuestro) mejor entender y conocimiento.

Mediante este formulario, o fotocopia del mismo, autorizo (amos) a la Administración de Veteranos o a cualquier médico u hospital a suministrar a **MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY** cualquier información relacionada con hospitalización y/o tratamientos recibidos por:

Firmado hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en la ciudad de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

FIRMA DEL (DE LOS) BENEFICIARIO(S)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

TESTIGO(S)

## PAGO ELECTRÓNICO (ACH)

**Favor de completar esta parte para realizar el trámite de pago directo por medio de ACH.  
Debe proveerse la cuenta bancaria a nombre del Asegurado Principal, o en caso de su fallecimiento aplica la del Beneficiario.**

Nombre del Banco: \_\_\_\_\_ Nombre del Dueño de la Cuenta: \_\_\_\_\_  
Número de Cuenta Bancaria: \_\_\_\_\_ Confirmar Número de Cuenta Bancaria: \_\_\_\_\_  
Número de Ruta y Tránsito (ABA): \_\_\_\_\_ Tipo de Cuenta: ☐ Cheque ☐ Ahorro

**CERTIFICACIÓN:** CERTIFICO que la información aquí ofrecida por mí es cierta y correcta, que la misma es ofrecida con el único propósito de inducir a la Compañía a pagar por el reclamo sometido a Multinational Life Insurance Company.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL (LETRA DE MOLDE)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL

\_\_\_\_\_  
FECHA

*\*Multinational Life Insurance Company estará realizando el pago al número de cuenta provisto por usted. De haber algún error en el número de cuenta provisto, no nos haremos responsables por el recobro del mismo.*

.....

## Documentos necesarios para establecer la Reclamación por Muerte (Seguro de Vida - Grupal)

1. **Certificado de Defunción** en original; (Modelo RD 77-Rev. 4/2015), que indique las causas de la muerte y el Sello del Registro Demográfico.
2. **Copia de Certificado de Nacimiento** del asegurado.
3. **Copia de Certificado de Nacimiento** de los beneficiarios.
4. **Informe de la Policía** (en caso de Muerte Accidental), si aplica.
5. **Informe Médico Forense** (en caso de Muerte Accidental o en caso de estar la causa de la muerte pendiente de estudios debido a autopsia), si aplica.
6. **Copia del Récord Médico con Notas de Progreso** de los médicos que atendieron al(la) asegurado(a) en los últimos tres (3) años (si la póliza tiene tres [3] años o menos en vigor) – Médico Primario y Especialistas.
7. **Forma OAT-1032**, aplica menores de edad. "Información sobre el Beneficiario de Cuentas bajo la Custodia del Tribunal".
8. **Copia de Identificación con foto** de los beneficiarios.
9. **Carta con Balance de Cancelación** si se designa una institución financiera como beneficiario.
10. **Factura desglosada de la funeraria**, aplica si la póliza fue cedida.