

# Declaración del Solicitante de Vida Individual Reclamación por Muerte

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

- Cada beneficiario debe completar la Declaración del Solicitante - Reclamación por Muerte.
- 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)

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><b>*** AVISO ANTIFRAUDE ***</b></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 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 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)			
<b>NOMBRE</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>ENFERMEDAD</b>	<b>FECHA EN QUE LO ATENDIÓ</b>
ANOTE LOS OTROS SEGUROS VIGENTES DE VIDA O ACCIDENTE DEL FALLECIDO.			
<b>COMPAÑÍA ASEGURADORA</b>	<b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>	<b>CANTIDAD</b>	
<p><b>A MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY</b>  <b>DECLARACIÓN</b>  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 parte para "Comprobación de Muerte" y acepta además que la entrega por 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.  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 recluido, 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>			
NOMBRE DEL RECLAMANTE _____		EDAD _____	PARENTESCO _____
DIRECCIÓN _____			
FIRMA DEL RECLAMANTE _____		TELÉFONO ( _____ ) _____	

## 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 de cada Beneficiario por separado.**

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 mi 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 BENEFICIARIO (LETRA DE MOLDE)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL BENEFICIARIO

\_\_\_\_\_  
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 - Individual)

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.