

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 vía E-mail a: 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	
NOMBRE DEL (LOS BENEFICIARIOS)	EDAD	DIRECCIÓN

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 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: ☐ SEMANAL ☐ QUINCENAL ☐ BISEMANAL ☐ MENSUAL BÁSICO \$ _____
OCUPACIÓN (Describa deberes)		
¿ERA EMPLEADO SUYO A LA FECHA DE LA DEFUNCIÓN? ☐ SÍ ☐ 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 la 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 (LOS) BENEFICIARIO (S)

TESTIGO (S)

PAGO ELECTRÓNICO (ACH)

Favor de completar esta parte para realizar el trámite de pago directo por medio de ACH.

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 RECLAMANTE (LETRA DE MOLDE)

FIRMA DEL RECLAMANTE

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.