



FORMULARIO DE  
**SOLICITUD DE RECLAMACIÓN**

**Instrucciones:**

- ▼ Completar y someter toda la información solicitada en este formulario, junto con la póliza del asegurado.
- ▼ La solicitud debe venir acompañada de los siguientes documentos, según aplique: Acta de Defunción (RD-77), Certificado de Nacimiento del difunto, Certificado de Nacimiento de cualquier beneficiario menor de 21 años.
- ▼ En caso de muerte accidental debe incluir: Informe de la Policía e Informe de Autopsia.
- ▼ De no existir designación de beneficiarios, favor incluir certificado oficial de la determinación del Tribunal en relación a la Declaratoria de Herederos.
- ▼ Si es la funeraria quien somete la reclamación, favor incluir: factura certificada con firma del familiar que solicita los servicios fúnebres, copia de identificación y seguro social del familiar que reclama y copia de los arreglos firmados con la funeraria.

Toda reclamación debidamente completada y sustentada, se resolverá dentro del término de treinta (30) días luego de haberse recibido en las Oficinas Centrales de National Life Insurance Company (NALIC).

**PARTE I: Declaración del Solicitante**

Nombre del asegurado:	Número de póliza:	Número de Seguro Social
Causa de la muerte:		Fecha defunción:
Seleccione la cubierta que reclama:  <input type="checkbox"/> Muerte Natural  <input type="checkbox"/> Muerte Accidental	Fecha de nacimiento del asegurado	Lugar de nacimiento
	Dirección residencial:	
	Dirección postal:	

Favor de indicar la siguiente información de(los) beneficiario(s)

Nombre completo del beneficiario	Parentesco	Dirección residencial completa	Fecha de nacimiento
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Si la Póliza tiene dos (2) años o menos en vigor, favor de indicar los médicos que atendieron al asegurado, durante el período anterior a la muerte.

NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO	DIRECCION	FECHA DE VISITA	DESCRIPCION DE ENFERMEDAD

(Continúa al Dorso)



**Declaración y Certificación:**

Certifico(amos) que los documentos que acompañan esta solicitud de beneficios a **National Life Insurance Company** constituyen evidencia de lo que se reclama, y que las declaraciones aquí expresadas son correctas a mi(nuestro) mejor entender y conocimiento.

El(los) suscriptor(es) por la presente reclama(n) ser el(los) beneficiario(s) del seguro aludido y estar de acuerdo con 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 de esta "Solicitud de Reclamación Plan para Gastos de Funeral"; y el(los) suscriptor(es) acepta(n), además, que la entrega por **NATIONAL 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 renuncia a cualquiera de sus derechos o defensas.

Renuncio(amos) 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(amos) el que se suministre toda información a la compañía aseguradora arriba mencionada. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan válida como la original.

Firma del(los) beneficiario(s)	Seguro Social	Testigo(s)

**PARTE II: Declaración de la Funeraria**

FAVOR DE INCLUIR FACTURA DETALLADA DE LOS GASTOS DE FUNERAL

Nombre de la funeraria:	Fecha de entierro:	Número de licencia de la funeraria
Dirección física de la funeraria:	Dirección postal de la funeraria:	

Nombre del Oficial Autorizado (letra de molde)

Teléfono

Firma del Oficial Autorizado

Fecha