

**DECLARACION DEL SOLICITANTE
RECLAMACION MUERTE**

NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL DE LA POLIZA		NOMBRE DEL FALLECIDO	
FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE DEFUNCION	NUMERO DE POLIZA	
LUGAR DE NACIMIENTO		LUGAR DE DEFUNCIÓN U HOSPITAL (SI APLICA)	
<p><u>AVISO</u></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 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.</p>		CAUSA DE LA MUERTE	
		FECHA EN QUE ENFERMO EL FALLECIDO DE CONDICION O CAUSA DE MUERTE	
		EN SU ULTIMA ENFERMEDAD, DIGA FECHA CUANDO SE CONSULTO AL MEDICO POR PRIMERA VEZ.	
		FECHA EN QUE TRABAJO O ASISTIO A SU TRABAJO POR ULTIMA VEZ	

ANOTE LOS MEDICOS VISITADOS O QUE ATENDIERON AL FALLECIDO DURANTE LOS ULTIMOS CINCO AÑOS ANTERIORES A SU MUERTE: (COMENZANDO CON EL MAS RECIENTE)

NOMBRE	DIRECCIÓN	ENFERMEDAD	FECHA EN QUE LO ATENDIO
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ANOTE OTROS SEGUROS VIGENTES DE VIDA O ACCIDENTE DEL FALLECIDO:

COMPAÑÍA ASEGURADORA	FECHA DE LA POLIZA	CANTIDAD
_____	_____	_____
_____	_____	_____

A LA NATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY
Declaración

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 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, partes de esta "Comprobación de Muerte" y acepta además que la entrega por la NATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY de este formulario o de cualesquiera otros suplementando el mismo, no constituirá ni se considerará como un 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 Veterano) o sanatorio en el cual el asegurado estuvo recludo, 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 mencionado. Una copia fotostática de esta autorización se considerará tan válida como el original.

NOMBRE DEL RECLAMANTE _____ EDAD _____ PARENTESCO _____

DIRECCIÓN _____

FIRMA DEL RECLAMANTE _____ TELEFONO (_____) _____