

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA - MCS PERSONAL**

<b>INSTRUCCIONES: (Esta reclamación estará sujeta a retraso o devolución si no se siguen estas instrucciones)</b>						
Someta el formulario debidamente completado junto con los siguientes documentos requeridos: Certificado de Defunción con la causa de muerte, Formulario de Inscripción, Declaratoria de Herederos (si aplica), copia fiel y exacta del Certificado de Matrimonio (si aplica), Copia fiel y exacta del Certificado de Nacimiento del beneficiario, copia fiel y exacta de la tarjeta de Seguro Social del beneficiario y del tutor (si aplica), evidencia de pago de gastos de funeral (opcional), informe policíaco (en caso de muerte que no sea por causa natural), reporte de autopsia (en caso de que no se tenga causa de muerte determinada). Debe llenar un formulario para cada beneficiario.						
<b>INFORMACIÓN DEL ASEGURADO</b>						
1. Nombre del asegurado				2. Fecha de nacimiento		3. Seguro Social
				/ /		- -
Apellido paterno      Apellido materno      Nombre      Inicial				Día    Mes    Año		
4. Número de contrato:						
5. Número de póliza:						
6. Cantidad de seguro de vida: \$						
7. Causa de la muerte:						
8. Fecha de la muerte:    Día:      Mes:      Año:						
<b>INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO</b>						
9. Nombre del beneficiario				10. Fecha de nacimiento		11. Seguro Social
				/ /		- -
Apellido paterno      Apellido materno      Nombre      Inicial				Día    Mes    Año		Email:
12. Dirección postal vigente:						13. Teléfonos:
						Celular:
						Trabajo:
PO Box, HC, Urb.,      Núm. / Calle      Ciudad      País      Código postal						Casa:
14. Nombre del tutor (Si el beneficiario es menor de edad)						15. Seguro Social
						- -
Apellido paterno      Apellido materno      Nombre      Inicial						
16. Dirección postal vigente del tutor:						17. Teléfonos del tutor:
						Celular:
						Trabajo:
PO Box, HC, Urb.,      Núm. / Calle      Ciudad      País      Código postal						Casa:
18. Dirección física del tutor:						19. Correo electrónico del tutor:
						Email:
PO Box, HC, Urb.,      Núm. / Calle      Ciudad      País      Código postal						
<b>AVISO DE FRAUDE</b>						
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 presentare 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) dólares ni mayor de diez mil (10,000) dólares o pena de reclusión por un término 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.						
Firma del beneficiario o tutor: _____ Fecha: _____						

<b>USO OFICIAL</b>
Nombre del analista de reclamación:
Fecha: