

DESIGNACIÓN DE BENEFICIOS

PO BOX 363786 • SAN JUAN, PR 00936-3786 • Tel. (787) 758-4888 • Fax: (787) 758-7826

www.sssvida.com

Yo, _____, mayor de edad,
Nombre completo Beneficiario **Seguro Social**

_____, y _____, Puerto Rico, Beneficiario
Estado Civil **Vecindad**

de la póliza _____ y
Número de Pólizas

Yo, _____, mayor de edad, _____
Nombre completo Director Funeral **Seguro Social** **Estado Civil**

y _____, Puerto Rico, Director Funeral de la Funeraria _____ **CERTIFICAMOS QUE:**
Vecindad

PRIMERO : El asegurado(a) _____ falleció el día ____ de _____ de _____ en _____, Puerto Rico.

SEGUNDO : Los servicios funerales fueron rendidos por la funeraria arriba mencionada.

TERCERO : El Beneficiario pagó un adelanto del servicio funeral por \$_____.

CUARTO : El Beneficiario libre, voluntaria y solidariamente autoriza a la Compañía **Triple-S Vida, Inc.**, para que emita el pago por \$ _____, a la funeraria que rindió el servicio.

QUINTO : Relevamos a la Compañía **Triple-S Vida, Inc.**, de cualquier reclamo bajo la póliza arriba mencionada.

SEXTO : Presentamos esta certificación libre y voluntariamente y que todos los hechos en la misma alegados son ciertos y nos constan de propio y personal conocimiento.

SÉPTIMO : Reconocemos que 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 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. **Ley Núm. 230 del 9 de agosto de 2008.**

Y PARA QUE ASI CONSTE, afirmamos y suscribimos la presente en _____, Puerto Rico a ____ de _____ de 20____.

Firma del Beneficiario

Firma del Testigo

Firma del Director Funerario

Dirección Postal

Dirección Postal

Dirección Postal

Dirección Residencial

Dirección Residencial

Dirección Física Funeraria

Tel (-----)

Tel (-----)

Tel (-----)

NOTA: FAVOR DE VERIFICAR QUE EL DOCUMENTO ESTE COMPLETADO ANTES DE FIRMAR