



DESIGNACIÓN DE BENEFICIOS

NOTA: FAVOR DE VERIFICAR QUE EL DOCUMENTO ESTE COMPLETADO EN TODAS LAS SECCIONES ANTES DE FIRMAR

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 \_\_\_\_\_
Vecindad

CERTIFICAMOS QUE:

- 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\_\_\_\_\_.

Form with signature lines for Beneficiary, Witness, and Director, and address lines for Postal, Residential, and Funeral Home, plus phone numbers.