

**AUTORIZACION**

Yo, \_\_\_\_\_, beneficiario de la póliza número \_\_\_\_\_, autorizo al **Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico**, para que le proporcionen a la compañía de seguros **Triple-S Vida Inc.**, o a su representante, el Informe de Autopsia y Toxicología, de mi difunto \_\_\_\_\_, seguro social número \_\_\_\_\_ quien falleció a consecuencia de \_\_\_\_\_, el día \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_ PR. Dichos documentos son necesarios para procesar una reclamación en dicha compañía de seguro.

\_\_\_\_\_  
FIRMA\_\_\_\_\_  
FECHA\_\_\_\_\_  
DIRECCION\_\_\_\_\_  
SEGURO SOCIAL\_\_\_\_\_  
DIRECCION ELECTRONICA