

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**