Más que un seguro
TOLIC
Trans- Oceanic Life Insurance Company

3 Calle Munet CT, Guaynabo, PR 00968-1412
GPO Box 363467 San Juan, PR 00936-3467
TEL. (787) 620-2700 / 1-800-981-8662
FAX. (787) 620-2713 http://www.tolic.com
E-mail: servicioalcliente@tolic.com

BENEFICIO SOLICITADO
- ❑ Muerte
- ❑ Seguro Vida Término
- ❑ Canasta Básica

FORMULARIO RECLAMACION – MUERTE

Si desea cambiar dirección postal marque aquí ☐

Pagador de la Póliza: _____ **Núm. S.S. o Núm Empleado** _____
Asegurado Principal: _____ **Núm. S.S. o Núm Empleado** _____

Datos del reclamante:
Nombre:_____ Núm. S.S. o Empleado _____ Fecha de Nac.: D M A
Dirección Postal que desea recibir la correspondencia: _____
_____
Teléfono: (____)_____ · E-mail:_____ · Relación con el Asegurado Principal (si aplica): _____

Datos de la persona Fallecida:
Nombre:_____ Núm. S.S. o Empleado _____ Fecha de Nac.: _____
Dirección Postal: _____
Teléfono: (____)_____ · E-mail:_____ · Relación con el Asegurado Principal (si aplica): _____

Reclamación por Muerte
(Favor de acompañar Certificado Defunción original)
(Favor de contestar todas las preguntas)

1. Fecha del Fallecimiento: d m a _____ 2. Lugar del Fallecimiento: _____
3. Se debió la causa del fallecimiento a: ❑ Enfermedad ❑ Accidente ❑ Otra: _____
   a. Si fue por enfermedad, descríbala e indique la fecha en que comenzó: _____
   _____
   b. Si fue por accidente u otra causa, favor de describir brevemente: _____
   _____
   _____
4. **Información del (los) Beneficiario(s)**

   Nombre:_____ Teléfono: (787) - _____
   Dirección: _____

   Nombre:_____ Teléfono: (787) - _____
   Dirección: _____

Canasta Básica
(Para ser completado por el Patrono del Reclamante)

Nombre del Empleado:_____
Fecha del último día de trabajo: d m a _____
Patrono _____ Teléfono (787) _____
Firma Ger.Recursos Humanos_____ Nombre en Letra de Molde _____
Firma y Título de otra persona autorizada _____ Fecha d m a _____

(Si el reclamante trabaja por cuenta propia, favor incluir última Planilla de Contribución Sobre Ingresos registrada en Hacienda)

AUTORIZACION Y CONFIRMACION

Por este medio autorizo a cualquier médico con licencia para ejercer su profesión, hospital, clínica u otra facilidad médica, Compañía de Seguros, el "Medical Information Bureau", u otra organización, institución o personas que tuvieran algún récord o conocimiento de mi estado de salud y de cualquier miembro de mi familia, a transferir a TOLIC, tal información. Esta autorización estará vigente por un período de 12 meses a partir de la fecha del reclamo. Una copia fotostática de esta Autorización y Confirmación será tan válida como el original.

AVISO IMPORTANTE

Cualquier persona que a sabiendas y 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 o 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.

Aceptado conforme:

d m a _____ _____ _____
Fecha | Nombre en letra de Molde | Firma del Reclamante

Reclamante Patrono Reclamante

Reclamante Patrono Reclamante