

Favor de escribir en letra legible. Todos los campos son requeridos.

Información del Asegurado Principal

Nombre del Asegurado Principal		Seguro Social
Nombre del Pagador		Seguro Social del Pagador
Dirección Postal		Código Postal
Teléfono	E-Mail	

Beneficiario Primario

Beneficiario Contingente

Nombre	Relación	%	Nombre	Relación	%
Nombre	Relación	%	Nombre	Relación	%
Nombre	Relación	%	Nombre	Relación	%
Nombre	Relación	%	Nombre	Relación	%

*El Beneficiario Principal recibirá el porcentaje arriba mencionado si vive; de otra manera el (los) beneficiarios contingente(s) recibirá(n) el porcentaje arriba mencionado, o el (los) sobreviviente(s).

Por la presente hago constar que todas las contestaciones y declaraciones aquí contenidas están completas en detalles y son ciertas.	Firmado en
	Fecha MM / DD / AAAA

AVISO IMPORTANTE

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, cometer fraude o engañar a una aseguradora presente un reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.

 Firma del Asegurado Principal

 Firma del Solicitante o Pagador

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Procesado por: _____

Fecha: _____