



Fideicomiso Institucional de la Guardia Nacional de Puerto Rico
Programa de Seguro de Vida y Funeral
Solicitud de Beneficios Seguro de Vida y Funeral

FIGNA-FA-006A-ABR16

PARTE A: INFORMACION DEL FALLECIDO(A)			
Nombre Completo del Difunto(a):		Seguro Social:	
Fecha Nacimiento:	mes día año / /	Fecha Deceso: :	mes día año / /
Lugar del Deceso:		Razón de Muerte:	
PARTE B: INFORMACION DEL RECLAMANTE *** (no necesariamente es el beneficiario) ***			
Nombre Completo del Reclamante:		Seguro Social:	
Dirección Postal:		Dirección Física:	
Teléfonos:		Email:	
PARTE C: CERTIFICACIÓN DEL RECLAMANTE			
Certifico que soy la persona autorizada por el/los beneficiario(s) para realizar toda gestión relacionada a la reclamación del Seguro de Vida y Funeral del beneficiario fallecido.			
Nombre Reclamante:		Firma:	Fecha:
PARTE D: BENEFICIARIO(S) *** Más de un beneficiario, completar Anejo 1 ***			BENEFICIARIO #1
Nombre Completo del Beneficiario:		Fecha Nac: mes día año / /	Seguro Social:
Dirección Postal:		Dirección Física:	
Teléfonos:		Email:	
Porcentaje Asignado _____ %			
PARTE E: CERTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO			
Certifico que toda la información provista es correcta. Que soy beneficiario(a) o estoy debidamente autorizado(a) a reclamar el/los pagos correspondientes del Seguro de Vida, Seguro Funeral o ambos. Que todos los documentos entregados son originales y/o copia fiel exacta de los originales. Acepto haber leído las partes pertinentes del Reglamento para el Seguro de Vida y Seguro Funeral de FIGNA y entiendo que se debe cumplir con todos los requisitos establecidos.			
Nombre Beneficiario(a):		Firma:	Fecha:
PARTE F: DOCUMENTOS A RADICAR ***leer requisitos al dorso del documento***			
PARTE G: USO EXCLUSIVO DE FIGNA			
A. Certifico que el solicitante completo y entrego la solicitud con los documentos requeridos.			
Representante FIGNA:		Firma:	Fecha:
B. Entrega De Documentos	C. Revisión	D. Procesado A Compañía De Seguro	E. Seguro Pagado
Núm. Control:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Fecha:	Iniciales Finanzas:	Iniciales Técnico:	Iniciales Técnico:
Iniciales Técnico:			

MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA Y PROFESIONAL DE LOS GUARDIAS NACIONALES

Teléfono (787) 253-4040 • Fax (787) 721-3653
 Visítenos en la Internet: <http://www.figna.gobierno.pr> o Correo Electrónico: info@figna.pr.gov

INSTRUCCIONES

1. PARTE A- INFORMACION DEL FALLECIDO

Complete la información personal correspondiente.

2. Parte B- INFORMACION DEL/LA RECLAMANTE

Complete la información personal correspondiente.

3. PARTE C- CERTIFICACION DEL/LA RECLAMANTE

El/la reclamante certifica que es la persona autorizada a gestionar el seguro.

4. PARTE D- BENEFICIARIO(S)

Complete la información personal del beneficiario. De ser mas de un beneficiario favor de completar el formulario FIGNA-FA-006-ANEJO A-1 ABR16.

5. PARTE E- CERTIFICACION DEL BENEFICIARIO

El/la beneficiario(a) certifica que la información provista y los documentos son correctos. También que se ha orientado sobre el beneficio del seguro.

6. PARTE F- DOCUMENTOS A RADICAR

- a) Leave and Earning Statement (LES). Aportación al fideicomiso aparece como SSLI o Insurance Allotment \$5.00. Debe ser correspondiente al último periodo de paga militar (miembros activos de la GNPR) o/y correspondiente al mes de retiro en el caso de retirados de la GNPR.
- b) Certificado de Nacimiento del fallecido (original)
- c) Certificado de Defunción Con Causal de Muerte (original)
- d) Identificación del fallecido
- e) Designación de Beneficiarios de FIGNA
- f) Certificado de Nacimiento de Beneficiario(a) (original)
- g) Certificado de Matrimonio (original, sólo si el beneficiario(a) es el conyugue)
- h) Identificación de/la beneficiario(a)
- i) Identificación de/la reclamante.
- j) Factura original de la funeraria que incluya el nombre de quién incurrió en los gastos funerales.
- k) Identificación de la persona que incurrió en los gastos funerales.

7. Parte G- Uso Exclusivo de FIGNA

Técnico de beneficios certifica que el reclamante ha hecho entrega de los documentos correspondientes para el proceso de la solicitud.

INFORMACION GENERAL

1. Seguro de Vida

- a. Aplica a militares activos y/o retirados de la GNPR, elegibles para el beneficio de Anualidad. Los mismos deben cumplir con los requisitos de la Ley 23, Artículo 11, Par. C) y los reglamentos de FIGNA.
- b. Características:
 1. Póliza de seguro de vida - \$5,000 por un término fijo.
 2. No acumula valor en efectivo.
 3. Finaliza al cumplir 60 años (retirados)
 4. Pagadero a:
 - a. Beneficiario(a) designado por el asegurado.

2. Seguro Funeral

- a. Aplica a militares activos y/o retirados de la GNPR, elegibles para el beneficio de Anualidad. Los mismos deben cumplir con los requisitos de la Ley 23, Artículo 11, Par. C) y los reglamentos de FIGNA.
- b. Características:
 1. Póliza de seguro funeral – por un máximo de \$3,000
 2. Finaliza al cumplir los 60 años (retirados)
- c. Pagadero a:
 1. Persona que muestre evidencia escrita de la funeraria que incurrió en los gastos funerales del asegurado.



Fideicomiso Institucional de la Guardia Nacional de Puerto Rico
Programa de Seguro de Vida y Funeral
Solicitud de Beneficios Seguro de Vida y Funeral

FIGNA-FA-006A-ABR16
ANEJO 1

PARTE D: BENEFICIARIO(S) ***Más de un beneficiario, completar Anejo 1***		BENEFICIARIO #2
Nombre Completo del Beneficiario:	Fecha Nac: mes día año / /	Seguro Social:
Dirección Postal:	Dirección Física:	
Teléfonos:	Email:	
Porcentaje Asignado _____%		
PARTE E: CERTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO		
<p>Certifico que toda la información provista es correcta. Que soy beneficiario(a) o estoy debidamente autorizado(a) a reclamar el/los pagos correspondientes del Seguro de Vida, Seguro Funeral o ambos. Que todos los documentos entregados son originales y/o copia fiel exacta de los originales. Acepto haber leído las partes pertinentes del Reglamento para el Seguro de Vida y Seguro Funeral de FIGNA y entiendo que se debe cumplir con todos los requisitos establecidos.</p>		
Nombre Beneficiario(a):	Firma:	Fecha:
PARTE D: BENEFICIARIO(S) ***Más de un beneficiario, completar Anejo 1***		BENEFICIARIO #3
Nombre Completo del Beneficiario:	Fecha Nac: mes día año / /	Seguro Social:
Dirección Postal:	Dirección Física:	
Teléfonos:	Email:	
Porcentaje Asignado _____%		
PARTE E: CERTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO		
<p>Certifico que toda la información provista es correcta. Que soy beneficiario(a) o estoy debidamente autorizado(a) a reclamar el/los pagos correspondientes del Seguro de Vida, Seguro Funeral o ambos. Que todos los documentos entregados son originales y/o copia fiel exacta de los originales. Acepto haber leído las partes pertinentes del Reglamento para el Seguro de Vida y Seguro Funeral de FIGNA y entiendo que se debe cumplir con todos los requisitos establecidos.</p>		
Nombre Beneficiario(a):	Firma:	Fecha:
PARTE D: BENEFICIARIO(S) ***Más de un beneficiario, completar Anejo 1***		BENEFICIARIO #4
Nombre Completo del Beneficiario:	Fecha Nac: mes día año / /	Seguro Social:
Dirección Postal:	Dirección Física:	
Teléfonos:	Email:	
Porcentaje Asignado _____%		
PARTE E: CERTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO		
<p>Certifico que toda la información provista es correcta. Que soy beneficiario(a) o estoy debidamente autorizado(a) a reclamar el/los pagos correspondientes del Seguro de Vida, Seguro Funeral o ambos. Que todos los documentos entregados son originales y/o copia fiel exacta de los originales. Acepto haber leído las partes pertinentes del Reglamento para el Seguro de Vida y Seguro Funeral de FIGNA y entiendo que se debe cumplir con todos los requisitos establecidos.</p>		
Nombre Beneficiario(a):	Firma:	Fecha:

MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA Y PROFESIONAL DE LOS GUARDIAS NACIONALES

Teléfono (787) 253-4040 • Fax (787) 721-3653
 Visítenos en la Internet: <http://www.figna.gobierno.pr> o Correo Electrónico: info@figna.pr.gov