

SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE COLOCACIÓN DE PÓLIZAS DE VIDA
REQUEST FOR VERIFICATION OF PLACEMENT OF LIFE POLICIES

Nombre del Solicitante: _____
Petitioner Name

Parentesco con la persona fallecida: _____
Relationship to the deceased person

Dirección Postal: _____
Postal Address

Correo Electrónico: _____
Email Address

Nombre de la persona fallecida: _____
Name of the deceased person

Número de Seguro Social: _____
Social Security Number

Fecha de nacimiento: _____
Date of Birth

Fecha de defunción: _____
Date of Death

Último patrono: _____
Last employer

Última dirección residencial: _____
Last residential address

Indique las razones por las cuales interesa la información solicitada. El Artículo 27.040 del Código de Seguros de Puerto Rico dispone sobre la entrega de copia o duplicado de la póliza correspondiente al asegurado(a), beneficiario(a), o reclamante.

Indicate the reasons why the requested information is of interest. Article 27.040 of the Puerto Rico Insurance Code provides for the delivery of a copy or duplicate of the corresponding policy to the insured, beneficiary, or claimant.

Teléfono: _____
Phone Number

_____ **Firma** (*signature*)

Esta información deberá venir acompañada de un Giro o Cheque Certificado, por la cantidad de \$10.00, a nombre del Secretario de Hacienda. También, puede realizar el pago de manera electrónica a través de nuestra página de internet <http://examen.ocs.pr.gov>. De realizar el pago electrónico, deberá enviar la confirmación de pago junto con esta solicitud a la siguiente dirección de correo electrónico investigaciones@ocs.pr.gov.

This information must be accompanied by a Money Order or Certified Check, in the amount of \$ 10.00, payable to the Secretary of Treasury. You can also make the payment electronically through our website <http://examen.ocs.pr.gov>. If you pay electronically you must send the payment receipt along with this request to the following email address investigaciones@ocs.pr.gov.