



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
**OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS**

---

SOLICITUD DE VERIFICACION DE COLOCACION DE  
POLIZAS DE VIDA

NOMBRE DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

PARENTESCO CON LA PERSONA FALLECIDA: \_\_\_\_\_

DIRECCION POSTAL: \_\_\_\_\_

---

NOMBRE DE LA PERSONA FALLECIDA: \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE DEFUNCION: \_\_\_\_\_

ULTIMO PATRONO: \_\_\_\_\_

ULTIMA DIRECCION RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

---

INDIQUE LAS RAZONES POR LAS CUALES INTERESA LA INFORMACIÓN  
SOLICITADA. EL ARTICULO 11.040 DEL CODIGO DE SEGUROS DE PUERTO  
RICO DISPONE QUE EL SOLICITANTE DE ESTE TIPO DE INFORMACION  
"SEA PARTE INTERESADA"

---

---

---

TELEFONO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **FIRMA**

**ESTA INFORMACIÓN DEBE VENIR ACOMPAÑADA DE UN CHEQUE  
CERTIFICADO O GIRO POSTAL O BANCARIO A NOMBRE DEL SECRETARIO  
DE HACIENDA POR LA CANTIDAD DE \$10.00 DOLARES.**