



## 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-006-A ENE18**

<b>Parte A – Información del Fallecido/a:</b> <input type="checkbox"/> <b>Guardia Nacional de PR</b> <input type="checkbox"/> <b>Comando Estatal de la GNPR</b>									
Nombre del difunto/a		Número de Seguro Social							
Fecha del deceso		Fecha de Nacimiento							
Lugar de Muerte		Razón de Muerte							
<b>Parte B - Información de Reclamante:</b>									
Nombre/Apellidos:		Seguro Social:							
Dirección Postal:		Dirección Residencial:							
Teléfonos:		Teléfonos:							
<b>Parte C – Certificación del Reclamante</b>									
Certifico que soy la persona autorizada por el/los beneficiarios para llevar a cabo todas las gestiones relacionadas a la reclamación del seguro de vida/funeral de la persona fenecida:									
Nombre de Reclamante		Firma	Fecha						
<b>BENEFICIARIOS</b>									
<b>Parte D – Información de Beneficiarios (Si hay más de uno, favor de completar el Anejo A-1)</b>									
<b>Beneficiario 1</b>		<b>% asignado</b> _____							
Nombre/Apellidos		Seguro Social							
Dirección Postal		Dirección Residencial							
Teléfonos		E-mail							
Teléfonos		Fecha de Nacimiento	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Mes</td> <td style="width: 25%;">Día</td> <td style="width: 25%;">Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Mes	Día	Año			
Mes	Día	Año							
<b>Parte E- Certificación del Beneficiario</b>									
Certifico que toda la información arriba descrita es correcta. Certifico que soy beneficiario o estoy debidamente autorizado(a) a tramitar el/los pagos correspondientes del seguro de vida, seguro funeral o ambos. Certifico que todos los documentos son fiel y exacta copia 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 tienen que cumplir con todos los requisitos establecidos.									
Nombre Reclamante (letra de Molde)		Firma	Fecha						
<b>Parte E- Documentos a Radicar</b>									
<b>Favor de referirse a la parte de atrás de este documento para instrucciones de como completar</b>									
<b>Parte F- Para Uso Exclusivo-FIGNA</b>									
<b>I. Certifico que el solicitante completó y entregó la solicitud con todos los documentos requeridos.</b>									
Representante FIGNA:		Fecha:	Firma:						
<b>II. Entrega de Documentos</b> Núm. Control: Iniciales técnico: Fecha:	<b>III. Revisión de FIGNA</b> Iniciales Finanzas: Fecha:	<b>IV. Procesado para compañía de seguro</b> Fecha: Iniciales:	<b>V. Proceso completado / Seguro pagado</b> Fecha: Iniciales:						

MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA Y PROFESIONAL DE LOS GUARDIAS NACIONALES

**Teléfono (787) 253-4040 EXT. 4011/4005 •**

Visítenos en la Internet: <http://www.figna.pr.gov> o Correo Electrónico: [servicio@figna.pr.gov](mailto:servicio@figna.pr.gov)

Parte E – Información de Beneficiarios ( Si hay más de uno , favor de completar el Anejo A-1)					
<b>Beneficiario 2</b>		<b>% asignado</b> _____			
Nombre/Apellidos		Seguro Social			
Dirección Postal		Dirección Residencial			
Teléfonos		E-mail			
Teléfonos		Fecha de Nacimiento	Mes	Día	Año
Parte D- Certificación del Beneficiario					
<p>Certifico que toda la información arriba descrita es correcta. Certifico que soy beneficiario o estoy debidamente autorizado(a) a tramitar el/los pagos correspondientes del seguro de vida, seguro funeral o ambos. Certifico que todos los documentos son fiel y exacta copia 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 tienen que cumplir con todos los requisitos establecidos.</p>					
Nombre Reclamante (letra de Molde)		Firma		Fecha	
Parte E – Información de Beneficiarios ( Si hay más de uno , favor de completar el Anejo A-1)					
<b>Beneficiario 3</b>		<b>% asignado</b> _____			
Nombre/Apellidos		Seguro Social			
Dirección Postal		Dirección Residencial			
Teléfonos		E-mail			
Teléfonos		Fecha de Nacimiento	Mes	Día	Año
Parte D- Certificación del Beneficiario					
<p>Certifico que toda la información arriba descrita es correcta. Certifico que soy beneficiario o estoy debidamente autorizado(a) a tramitar el/los pagos correspondientes del seguro de vida, seguro funeral o ambos. Certifico que todos los documentos son fiel y exacta copia 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 tienen que cumplir con todos los requisitos establecidos.</p>					
Nombre Reclamante (letra de Molde)		Firma		Fecha	
Parte E – Información de Beneficiarios ( Si hay más de uno , favor de completar el Anejo A-1)					
<b>Beneficiario 4</b>		<b>% asignado</b> _____			
Nombre/Apellidos		Seguro Social			
Dirección Postal		Dirección Residencial			
Teléfonos		E-mail			
Teléfonos		Fecha de Nacimiento	Mes	Día	Año
Parte D- Certificación del Beneficiario					
<p>Certifico que toda la información arriba descrita es correcta. Certifico que soy beneficiario o estoy debidamente autorizado(a) a tramitar el/los pagos correspondientes del seguro de vida, seguro funeral o ambos. Certifico que todos los documentos son fiel y exacta copia 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 tienen que cumplir con todos los requisitos establecidos.</p>					
Nombre Reclamante (letra de Molde)		Firma		Fecha	

INSTRUCCIONES

1. **Parte A-** Información de la persona fenecida  
Llene la información personal correspondiente.
2. **Parte B-** Información del/la Reclamante  
Llene la información personal correspondiente
3. **Parte C-** Aplica a personas que no están asignados como beneficiarios.  
Lea y asegúrese de entender lo establecido.
4. **Parte D-** Información de Beneficiario.  
Aplica a los beneficiarios oficialmente asignados por la persona fenecida en la Forma “Designación de Beneficios”. De completar todos los campos.
5. **Parte E-** Certificación de Beneficiario  
Lea detalladamente y complete la información.

Información General

1. Será reclamado por los beneficiarios señalados en la forma de “Designación para beneficiarios” en caso de la muerte del militar quien antes de fallecer era miembro activo de la Guardia Nacional de Puerto Rico y a su vez miembro bona-fide del fideicomiso de la Guardia Nacional de Puerto Rico o aquel Retirado de la Guardia Nacional de Puerto Rico que al momento del fallecimiento estaba beneficiándose del incentivo de anualidad. No aplica a personas de 60 años en adelante.
2. Será reclamado por los miembros activos pertenecientes al Comando Estatal de la Guardia Nacional de Puerto Rico (No incluye el seguro funeral).
  - a. Características
    - I. Póliza de vida de \$5,000.00 a término fijo.
    - II. No acumula valor en efectivo.
    - III. Finaliza al cumplir 60 años.
    - IV. Deducción de aportación a FIGNA “Aportación LES”.
      1. Retirados- Último mes de aportación antes del retiro.
      2. Militares- Último mes de aportación antes del deceso.
3. Documentos a Radicar: Militares o Retirados recibiendo incentivo de Anualidad de la Guardia Nacional de Puerto Rico
  - a. Leave and Earning Statement (LES), SSLI, Insurance Allotment como evidencia de la aportación, correspondiente del último período de pago del mes en que fue retirado como miembro activo de la GNPR. Mandatorio para todos aquellos que se hayan retirado después del 23 de julio de 1991 para personal militar activo, LES último mes antes del evento.
  - b. Certificado Original de Defunción con causa de muerte.
  - c. Forma FIGNA - Designación de Beneficiarios.
  - d. Certificado Original de Matrimonio, si aplica.
  - e. Certificado Original de nacimiento (beneficiarios), si aplica.
  - f. Identificación con foto valida y vigente (Licencia de conducir, Id Real y/o pasaporte)
4. Miembros del Comando Estatal de la GNPR:
  - a. Certificación de la oficina del PRSG que se
  - b. Certificado Original de Defunción con causa de muerte.
  - c. Forma FIGNA - Designación de Beneficiarios.
  - d. Certificado Original de Matrimonio, si aplica.
  - e. Certificado Original de nacimiento (beneficiarios), si aplica.