



Declaración Jurada de Sobrevivientes

Nombre del Asegurado _____ Contrato # _____

Número del Seguro Social del asegurado _____ Fecha de defunción _____

INSTRUCCIONES: Si el asegurado no nombró a ningún beneficiario o si un beneficiario nombrado no sobrevivió al asegurado por 15 días,

A. Favor de proveer a New York Life Insurance Company con un certificado de defunción por cada beneficiario nombrado.

B. Complete esta forma con el primer miembro familiar sobreviviente: (1) cónyuge, (2) hijo o hija, o (3) padres.

C. Si no hay cónyuge sobreviviente o hijos sobrevivientes, favor de anotar los nombres y direcciones de los padres del difunto. Si no hay padres sobrevivientes, favor de indicarlo y anotar los nombres y direcciones de los hermanos del difunto.

<u>Nombre de la esposa (si vive)*</u>	<u>Seguro Social #</u>	<u>Dirección</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>
---------------------------------------	------------------------	------------------	----------------------------

<u>Nombre de cada hijo/a (si viven)</u>	<u>Seguro Social #</u>	<u>Dirección</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>
---	------------------------	------------------	----------------------------

<u>Nombre de madre y padre (si viven)</u>	<u>Seguro Social #</u>	<u>Dirección</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>
---	------------------------	------------------	----------------------------

<u>Nombre de los hermanos/as (si viven)</u>	<u>Seguro Social #</u>	<u>Dirección</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>
---	------------------------	------------------	----------------------------

(Puede añadir otra hoja de papel si es necesario)

Yo, _____ represento que, en el mejor de mi conocimiento, todo lo declarado en esta declaración jurada de sobrevivientes esta completa y es verdad. Yo hago esto, con el propósito de inducir a New York Life Insurance Company a pagar el beneficio del seguro de vida del difunto bajo el Contrato, de acuerdo con sus reglas y condiciones.

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____

