



# Formulario de Reclamo de Seguro de Vida Grupal

Attn: Life Claims  
 PO Box 10427  
 Van Nuys, CA 91410-0427  
 1-800-635-5832

Reclamo correspondiente a:

Seguro de Vida y AD&D para el Empleado

Seguro de Vida para un Dependiente

Seguro de Vida Suplementario

**Adjunte el acta de defunción certificada. Consulte las instrucciones al reverso.**

Sección A – Declaración del titular de la póliza para ser completada por el empleador				
A1. Nombre del empleado: Apellido:	A2. Nombre:	A3. Inicial del 2.º nombre:	A4. Número de seguro social del empleado:	A5. Fecha de nacimiento del empleado: / /
A6. Nombre de la persona asegurada: Apellido:	A7. Nombre:	A8. Inicial del 2.º nombre:	A9. Número de seguro social de la persona asegurada:	A10. Fecha de nacimiento de la persona asegurada: / /
A11. N.º del titular de la póliza:	A12. Nombre del titular de la póliza:	A13. Ocupación/Cargo laboral del empleado:	A14. Clase de empleado (si corresponde):	
A15. Ingresos anuales básicos:	A16. Motivo para dejar de trabajar (si corresponde): <input type="checkbox"/> Renuncia <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Licencia <input type="checkbox"/> Vacaciones <input type="checkbox"/> Otro _____			
A17. Fecha de contratación del empleado: / /	A18. Fecha de vigencia de la cobertura: / /	A19. Última fecha de trabajo activo de tiempo completo para el empleador: / /	A20. Fecha hasta la cual las primas están al día: / /	
A21. Causa de la muerte (Adjunte otra hoja si es necesario.):		A22. Fecha de la muerte: / /	A23. Lugar de la muerte:	
A24. ¿La persona fallecida tenía cobertura por Muerte y Mutilación Accidentales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		A25. ¿Se reclaman los beneficios por muerte accidental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es "Sí", es necesaria documentación adicional.)		
A26. Monto de seguro reclamado: \$ _____ Básico    \$ _____ Suplementario    \$ _____ AD&D    \$ _____ Dependiente				
Sección B – Declaración del/de los beneficiario/s designado/s para ser completada por el empleador				
B1. Nombre del beneficiario:	B2. Edad:	B3. Número de seguro social:	B4. Parentesco con la persona fallecida:	
B5. Dirección postal del beneficiario:				
B6. Nombre del beneficiario:	B7. Edad:	B8. Número de seguro social:	B9. Parentesco con la persona fallecida:	
B10. Dirección postal del beneficiario:				
B11. ¿Usted recomienda el pago de este reclamo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios: _____ Enviar el cheque: <input type="checkbox"/> Al empleador a la dirección especificada <input type="checkbox"/> Al beneficiario a la dirección especificada <input type="checkbox"/> A otra persona (Especificar en la carta de presentación.)				
B12. Firma del representante del empleador: X	B13. Cargo del representante del empleador:	B14. N.º de teléfono:	B15. Fecha: / /	
B16. Dirección del empleador: Calle:	B17. Ciudad:	B18. Estado:	B19. Código postal:	

## Sección C – Declaración del médico a cargo de la atención

**Si la persona fallecida estuvo discapacitada durante más de 31 días antes de la muerte, solicite al médico que la trató durante esta discapacidad que complete esta declaración.**

C1. Nombre completo de la persona fallecida:		C2. Fecha de la muerte: / /	C3. Edad:	
C4. Lugar de la muerte:	C5. Fecha de la primera consulta: / /	C6. Fecha de la última consulta: / /		
C7. Causa inmediata de la muerte:		C8. Duración:		
C9. Causas o complicaciones que contribuyeron a la muerte:		C10. Duración:		
C11. La muerte fue ocasionada por: <input type="checkbox"/> Causas naturales <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio				
C12. Si se debió a un accidente, suicidio u homicidio, describa brevemente: _____				
C13. Firma: Por medio del presente documento, certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y están completas, a mi leal saber y entender. <b>X</b> _____				
C14. Fecha: / /				
C15. Dirección:	C16. Ciudad:	C17. Estado:	C18. Código postal:	C19. N.º de teléfono:

## Sección D – Instrucciones

1. El empleador o un representante del empleador deben completar la Declaración del Titular de la Póliza y la Declaración del/de los Beneficiario/s Designado/s.
  2. Se debe enviar un Formulario W-9 completado y firmado por el/los Beneficiario/s o el Representante del/de los Beneficiario/s junto con el Formulario de Reclamo a Health Net.
  3. Si alguno de los beneficiarios designados en la póliza ha fallecido, la Declaración del Beneficiario/de la Persona que Realiza el Reclamo debe acompañarse de una copia **certificada** del acta de defunción de dicho beneficiario fallecido.
  4. Si la póliza es pagadera a la sucesión, o a los albaceas o administradores de la Persona Asegurada, deberá presentarse un certificado de la designación y el número de identificación de la sucesión.
  5. Si la póliza es pagadera a un menor o a una persona mentalmente incapaz, deberá presentarse un certificado de la designación del tutor de la sucesión del menor o de la persona mentalmente incapaz.
  6. Si se reclaman beneficios por muerte accidental, proporcione una denuncia detallada del accidente, una denuncia policial, un artículo del periódico o cualquier otra información pertinente en relación con el accidente.
  7. Solo es necesario completar la Declaración del Médico a Cargo de la Atención si el difunto estuvo discapacitado durante más de 31 días antes de la muerte. Si corresponde, el médico que trataba al difunto durante la discapacidad debe completar y firmar esta declaración.
- Nota:** El costo, si lo hubiera, de completar y/u obtener los documentos de reclamo necesarios correrá por cuenta del Beneficiario/de la Persona que Realiza el Reclamo.

### Grupos autoadministrados únicamente

1. Además de los requisitos anteriores, presente la tarjeta de inscripción original y todos los formularios de cambio aplicables.
2. Si el beneficio del seguro de vida se basa en el salario, presente los documentos de nómina que confirman los ingresos anuales del difunto en el momento de la muerte.

### Para residentes de California

Para su protección, las leyes de California requieren que el siguiente mensaje aparezca en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y también puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en la prisión estatal.

**Este formulario debe acompañarse de una copia certificada del acta de defunción de la persona asegurada.**

## Aviso de No Discriminación

Además de cumplir con los requisitos de no discriminación del estado de California (tal como se describe en los documentos de cobertura de beneficios), Health Net of California, Inc. cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina, excluye ni trata a las personas de forma diferente por motivos de origen racial, color, nacionalidad, ascendencia, religión, estado civil, género, identidad de género, atención relacionada con la afirmación de género, orientación sexual, edad, discapacidad o sexo.

### Health Net brinda lo siguiente:

- Herramientas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados de lengua de señas e información por escrito en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles y otros).
- Servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al 800-522-0088 (TTY: 711).

Si cree que Health Net no le ha brindado estos servicios o que le ha discriminado de alguna otra manera por uno de los motivos enumerados anteriormente, puede presentar una queja formal. Llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al número que aparece más arriba para informar que necesita ayuda para presentar esta queja formal. El Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net está disponible para ayudarle a presentar una queja formal. También puede presentar una queja formal por correo postal, fax o correo electrónico:

Correo postal: Health Net of California, Inc., Appeals & Grievances  
PO Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

Correo electrónico: Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (para afiliados)

Si tiene un problema de salud urgente y ya presentó una queja ante Health Net of California, Inc., pero no está conforme con la decisión que se tomó, o si pasaron más de 30 días desde que presentó la queja ante Health Net of California, Inc., puede presentar un formulario de revisión médica independiente o un formulario de quejas ante el Departamento de Atención Médica Administrada (por sus siglas en inglés, DMHC). Para presentar el formulario de quejas, llame a la mesa de ayuda del DMHC al 1-888-466-2219 (TDD: 1-877-688-9891) o visite [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint).

Si cree que fue víctima de discriminación por motivos de origen racial, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede hacerlo de manera electrónica a través del portal que dicha oficina tiene para este tipo de quejas, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede enviar la queja por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

### English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or call 1-800-522-0088 (TTY: 711).

### Arabic

خدمات اللغة مجانية. يمكنك الحصول على مترجم فوري. ويمكنك الحصول على وثائق مقروءة لك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة الهوية، أو اتصل على مركز الاتصال التجاري (TTY: 711) 1-800-522-0088

### Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեզ համար: Օգնության համար զանգահարեք մեզ ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք 1-800-522-0088 (TTY: 711).

### Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員。您可請人使用您的語言將文件內容唸給您聽，並請我們將有您語言版本的部分文件寄給您。如需協助，請致電您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，或致電 1-800-522-0088 (TTY: 711)。

### Hindi

बनिा लागत की भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषयिा प्राप्त कर सकते हैं। आपको दस्तावेज पढ़ कर सुनाए जा सकते हैं। मदद के लिए, आपके आईडी कार्ड पर दिए गए सूचीबद्ध नंबर पर हमें कॉल करें, या 1-800-522-0088 (TTY: 711)।

## Hmong

Kev Pab Txhais Lus Dawb. Koj xav tau neeg txhais lus los tau. Koj xav tau neeg nyeem cov ntaub ntawv kom yog koj hom lus los tau. Xav tau kev pab, hu peb tau rau tus xov tooj ntawm koj daim npav los yog hu 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## Japanese

無料の言語サービス。通訳をご利用いただけます。文書をお読みします。援助が必要な場合は、IDカードに記載されている番号までお電話いただくか、1-800-522-0088、(TTY: 711)。

## Khmer

សេវាកម្មភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ អ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬ ទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងពាណិជ្ជកម្មនៃក្រុមហ៊ុន 1-800-522-0088 (TTY: 711)។

## Korean

무료 언어 서비스. 통역 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하가 구사하는 언어로 문서의 낭독 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하시면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화하시거나 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## Navajo

Saad Bee Áká E'eyeed T'áá Jíik'e. Ata' halne'ígíí hólq. T'áá hó hazaad k'éhjí naaltsoos hach'í' wóltah. Shíká a'doowo' nínizingo naaltsoos bee néiho'dólzínígíí bikáa'gi béésh bee hane'í bikáa' áají' hodíílnih éí doodaii' 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## Persian (Farsi)

خدمات زبان به طور رایگان. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید که اسناد برای شما قرائت شوند. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره ای که روی کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با مرکز تماس بازرگانی 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## Panjabi (Punjabi)

ਬਨਿ ਕਰਿ ਲਾਗਤ ਤੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚਿ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-522-0088 (TTY: 711)।

## Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь устного переводчика. Вам могут прочитать документы. За помощью обращайтесь к нам по телефону, приведенному на вашей идентификационной карточке участника плана. Кроме того, вы можете позвонить в 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## Spanish

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete. Puede obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o comuníquese con el 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## Tagalog

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng isang interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo. Para sa tulong, tawagan kami sa nakalistang numero sa inyong ID card o tawagan ang 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังได้ สำหรับความช่วยเหลือ โทรหาเราตามหมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ หรือ โทรหาศูนย์ติดต่อเชิงพาณิชย์ของ 1-800-522-0088 (TTY: 711)

## Vietnamese

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu. Để nhận trợ giúp, hãy gọi cho chúng tôi theo số được liệt kê trên thẻ ID của quý vị hoặc gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711).