



Formulario de Reclamo

de Seguro de Vida

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.

Parte I. Declaración del titular de la póliza para ser completada por el empleador

Nombre del empleado: Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:	Número de seguro social del empleado:	Fecha de nacimiento del empleado: / /
Nombre de la persona asegurada: Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:	Número de seguro social de la persona asegurada:	Fecha de nacimiento de la persona asegurada: / /
N.º del titular de la póliza:	Nombre del titular de la póliza:	Ocupación/Cargo laboral del empleado:	Clase de Empleado (si corresponde):	
Ingresos anuales básicos:	Motivo para dejar de trabajar (si corresponde): <input type="checkbox"/> Renuncia <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Licencia <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> Vacaciones <input type="checkbox"/> Otro _____			
Fecha de contratación del empleado: / /	Fecha de vigencia de la cobertura: / /	Última fecha de trabajo activo de tiempo completo para el empleador: / /	Fecha en que se pagan las primas (si es un plan contribuyente, fecha en la que se ha pagado la contribución): / /	
Causa de la muerte (Adjunte otra hoja si es necesario):	Fecha de la muerte: / /	Lugar de la muerte:		
¿La persona fallecida tenía cobertura por Muerte y Mutilación Accidentales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Se reclaman los beneficios por muerte accidental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es "Sí", adjunte el recorte de prensa o la denuncia policial.)			
Cantidad de seguro reclamada: \$_____ Básica \$_____ Sup \$_____ AD&D \$_____ Dep				

Parte II. Declaración del/de los beneficiario/s designado/s para ser completada por el empleador

Nombre del beneficiario:	Edad:	Número de seguro social:	Parentesco con la persona fallecida:	
Dirección postal del beneficiario:				
Nombre del beneficiario:	Edad:	Número de seguro social:	Parentesco con la persona fallecida:	
Dirección postal del beneficiario:				
¿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)				
Firma del representante del empleador: X	Cargo del representante del empleador:	N.º de teléfono:	Fecha: / /	
Dirección del empleador: Calle:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	

(continúa)

Parte III. 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.

Nombre completo de la persona fallecida:		Fecha de la muerte: / /	Edad:
Lugar de la muerte:	Fecha de la primera consulta:	Fecha de la última consulta:	
Causa inmediata de la muerte:		Duración:	
Causas o complicaciones que contribuyeron a la muerte:		Duración:	
La muerte fue ocasionada por: <input type="checkbox"/> Causas naturales <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio Si se debió a un accidente, suicidio u homicidio, describa brevemente:		El difunto estaba totalmente discapacitado y no podía trabajar: Desde: / / Hasta: / /	

Firma: Por medio del presente documento, certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y están completas, a mi leal saber y entender.

X Fecha: / /

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	N.º de teléfono:
------------	---------	---------	----------------	------------------

Parte IV. 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. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Sólo 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.