



Seguro de Vida Grupal

Evidencia de Pérdida de Vida y Seguro de Muerte Accidental

AVISO DE FRAUDE

Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000) dólares ni mayor de diez mil (10,000) dólares o pena de reclusión por un término de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

INSTRUCCIONES

Este formulario es únicamente para procedimientos de seguro de vida o muerte accidental. Esta reclamación estará sujeta a retraso o devolución si no se siguen estas instrucciones.

Al patrono-administrador:

- Adjunte el formulario de inscripción o designación de beneficiario
- Someta recortes de periódico, si están disponibles
- Someta el formulario lleno al oficial de Reclamaciones asignado con el Certificado de Defunción con la causa de muerte
- Declaratoria de Herederos (si aplica)
- Copia fiel y exacta de Certificado de Matrimonio (si aplica)
- Copia fiel y exacta de Certificado de Nacimiento del Beneficiario
- Copia fiel y exacta de tarjeta del Seguro Social del Beneficiario y del Tutor (si aplica)
- Evidencia de pago de gastos funeral (opcional)
- Informe policial (en caso de muerte que no sea por causa natural)
- Reporte de autopsia (en caso de que no se tenga causa de muerte determinada)
- Debe llenar un formulario para cada beneficiario.

Nombre del empleado (Apellidos)	(Nombre)	(Inicial)	Número de contrato	Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección	(Calle)	(Ciudad)	(Estado)	(Código postal)	
Número(s) de la póliza (incluso el núm. de la póliza de MA & D si es distinto)			Ocupación	Número de teléfono alterno	
Marque los encasillados apropiados en cuanto al estatus de empleo del asegurado <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/> Gerencial <input type="checkbox"/> Supervisor <input type="checkbox"/> Local de Unión # _____ <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> No-Exento <input type="checkbox"/> No-Gerencial <input type="checkbox"/> No-Supervisor <input type="checkbox"/> No-Unión <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Por hora					
Cantidad del seguro Básico: _____ Supl: _____ MA&D: _____	Fecha del último aumento de beneficios	Fecha del último cambio de ingresos	Ingreso anual básico		
Fecha de efectividad del seguro	Prima pagada hasta la fecha	Fecha de empleo/miembro de la Asociación	Última fecha en que trabajó		
¿Estaba en efecto la cubierta hasta la fecha de la muerte? Si no, explique.		¿Era la persona considerada un empleado/miembro de la Asociación hasta la fecha de su muerte? Si no, explique.			
Complete esta sección si la reclamación es para beneficios de dependiente					
Nombre del dependiente (Apellidos)	(Nombre)	(Inicial)	Número de teléfono alterno	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Cantidad de seguro de dependiente	Relación con el empleado / miembro de la Asociación	Ocupación del dependiente			
Si es un niño <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo parcial	Nombre y dirección de la escuela				
Complete esta sección si la reclamación es de beneficios por muerte accidental					
¿Dónde y cómo sucedió el accidente? Describa detalladamente					
Fecha y hora del accidente	¿Qué enfermedades, padecimientos o lesiones tuvo el fallecido durante los últimos tres años?				
Información del beneficiario					
Nombre del beneficiario (Apellidos)	(Nombre)	(Inicial)	Seguro social: - - -	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección postal vigente (Calle)	(Ciudad)	(Estado)	(Código postal)		
Relación con el fallecido			Correo electrónico	Edad	
Complete esta sección si el beneficiario es un menor de edad					
Nombre del tutor legal (Apellidos)	(Nombre)	(Inicial)	Número de teléfono	Correo electrónico	
Dirección física (Calle)	(Ciudad)	(Estado)	(Código postal)	Dirección postal vigente (Calle)	(Ciudad) (Estado) (Código postal)
Certificación del patrono / administrador					
Nombre del patrono			División		
Dirección (Calle)			(Ciudad)	(Estado)	(Código postal)
					Teléfono
Certifico que, según mi mejor entendimiento y creencia, los hechos tal y como se indican arriba son ciertos.					
Firma del representante autorizado	Título			Fecha de la firma	

La emisión de este formulario no constituye una admisión de la existencia de un seguro ni reconoce la validez de reclamación alguna y sin prejuicio de los derechos legales de la compañía en los predios.