



Seguro de Vida Grupal

Evidencia de Pérdida de Vida y Seguro de Muerte Accidental

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una declaración que contenga información materialmente falsa o esconda, con el propósito de engañar, información sobre algún hecho material de la misma, comete un acto fraudulento de seguros, lo cual constituye un delito.

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 beneficiario • Sometá recortes de periódico, si están disponibles • Sometá el formulario llenado al Oficial de Reclamaciones asignado con un Certificado de Defunción.

| | | | | | |
|---|---|--|-------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Nombre del empleado (Apellido) | (Nombre) | (Inicial) | Número de teléfono alterno | Fecha de nacimiento (mm/dd/year) | Sexo |
| | | | | ___/___/___ | () Masculino () 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 | | |
| Marque los encasillados apropiados en cuanto al estatus de empleo del asegurado | | | | | Horas/Trab. # _____ |
| () Activo | () Exento | () Gerencial | () Supervisor | () Local de Unión # _____ | () Tiempo completo () Asalariado |
| () Retirado | () No-Exento | () No-Gerencial | () No-Supervisor | () No-Unión | () Tiempo parcial () Por hora |
| Cantidad del Seguro | | Fecha del último aumento de beneficios | Fecha del último cambio de ingresos | Ingreso anual básico | |
| Básico: _____ Supl: _____ MA&D: _____ | | | | | |
| 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 (Apellido) | (Nombre) | (Inicial) | Número de teléfono alterno | Fecha de nacimiento | Sexo |
| | | | | | () Masculino () Femenino |
| Cantidad de seguro de dependiente | Relación con el empleado / miembro de la Asociación | | Ocupación del dependiente | | |
| Si es un niño | | Nombre y Dirección de la escuela | | | |
| () Estudiante a tiempo completo () Estudiante a tiempo parcial | | | | | |
| 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 3 años? | | | | | |
| Información del beneficiario | | | | | |
| Nombre del Beneficiario (Apellido) | (Nombre) | (Inicial) | Seguro social (últimos 4 dígitos) | Fecha de nacimiento | Sexo |
| | | XXX - XX - _____ | | | () Masculino () Femenino |
| Dirección durante el pasado mes (Calle) | | (Ciudad) | (Estado) | (Código postal) | |
| Relación con el fallecido | | | | | Edad |
| Complete esta sección si el beneficiario es un menor de edad | | | | | |
| Nombre del tutor legal (Apellido) | (Nombre) | (Inicial) | Número de teléfono | Correo electrónico | |
| | | | | | |
| Dirección Física (Calle) | | (Ciudad) | (Estado) | (Código postal) | Dirección Postal (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 perjuicio de los derechos legales de la Compañía en los predios.