



Declaración jurada de sobreviviente único de Aetna

Envíe por correo a:
 SRC, an Aetna Company
 Attn: Claim Department
 Post Office Box 14079
 Lexington, KY 40512-4079
 Por fax a: 1-859-455-8650
 Teléfono: 1-888-772-9682

Instrucciones: Este formulario es sólo para fines informativos y completarlo no constituye un reclamo de ningún tipo de beneficio. Por favor sólo proporcione la información de los parientes directos que sobreviven y los que murieron DESPUÉS de la muerte del asegurado.

***** Por favor use el anverso de este formulario para incluir hijos/hermanos adicionales e indique su parentesco *****

Escriba la información en letra de imprenta o a máquina

Nombre del difunto		Número de Seguro Social del difunto		Fecha de difunción		Número de póliza		
Parientes directos	Use letra impreso para el nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Fecha de difunción	Número de Seguro Social	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Esposo o Esposa								
Todos los hijos (biológicos o legalmente adoptados. No incluir hijastros)								
Padres (biológicos o padres adoptivos)	Padre:							
	Madre:							
Todos los hermanos y hermanas (biológicos o legalmente adoptados. No incluir hermanastros)								
<i>Si ninguno de los anteriores sobreviven, proporcione la información del representante del patrimonio del asegurado</i>		Nombre del representante del patrimonio		Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)			Número de teléfono	

Información del declarante: Por favor use letra de imprenta

Nombre del declarante	Dirección particular del declarante	Número de teléfono del declarante
-----------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

SE REQUIERE SELLO

Declaro bajo la penalidad de dar una declaración falsa, que la información provista es cierta y completa según mi leal saber y entender.

Firma del declarante: _____

Suscrito y juramentado ante mí el _____ día _____, 20__ en el Estado de _____

 Firma del notario público

Mi cargo vence el: _____