



# 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: \_\_\_\_\_