



Prueba de Defunción

Solicitud de Seguro de vida de grupo y Beneficio de muerte accidental de grupo
(Instrucciones de presentación atrás)

Envíe este formulario completado a:
SRC, an Aetna Company
Attn: Claim Department
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079
Por Fax: 1-859-455-8650

A. Información sobre el difunto

Nombre del difunto (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Si el difunto es conocido por otro nombre, ¿cuál es? (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			
Parentesco con el empleado	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Fecha de defunción (MM/DD/AAAA)	Edad	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Última residencia: Calle		Ciudad	Estado	Código postal	

B. Información sobre el empleado

Nombre del empleado (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Última residencia: Calle		Ciudad	Estado	Código postal	
Fecha de empleo (MM/DD/AAAA)	Nombre o número del centro de trabajo del empleado	<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Salario		Última fecha de trabajo (MM/DD/AAAA)	
Razón por la que el empleado no regresó al trabajo después de la última fecha de trabajo.					

C. Información sobre la cobertura de empleado

Nombre del empleador		Nombre / dirección de email del representante/contacto			
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono	¿Se presentó un reclamo de beneficio por muerte acelerada, desmembramiento accidental o beneficios de ampliación como Coma, Lesión cerebral traumática, Recolocación quirúrgica, Quemadura de tercer grado o beneficios de indemnización doble de niños antes del fallecimiento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Número de fax	¿Se presentó un reclamo de exoneración de la prima antes del fallecimiento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				

¿Qué coberturas de beneficios tienen vigencia y se están reclamando?

Cobertura de grupo	Control	Sufijo	Cuenta	Plan	Fecha de vigencia de seguro de empleado (MM/DD/AAAA)	Monto del seguro vigente desde la última fecha de trabajo
<input type="checkbox"/> Seguro de Vida a Plazo Fijo (TRM1)	_____	_____	_____	_____	/ /	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	_____	_____	/ /	_____
<input type="checkbox"/> Seguro Suplementario (TRM3)	_____	_____	_____	_____	/ /	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	_____	_____	/ /	_____
<input type="checkbox"/> Seguro de Dependiente (TRM2)	_____	_____	_____	_____	/ /	_____
<input type="checkbox"/> [AD&PL (AD&D)] (ADD1)	_____	_____	_____	_____	/ /	_____
<input type="checkbox"/> Seguro de Accidente de Grupo (GAC1)	_____	_____	_____	_____	/ /	_____
<input type="checkbox"/> Póliza de seguro de Capital Pagado (PUP1)	_____	_____	_____	_____	/ /	_____
<input type="checkbox"/> Seguro de Vida Universal de Grupo (GUL1)	_____	_____	_____	_____	/ /	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	_____	_____	/ /	_____

Si el seguro se basa en ingresos, la tarifa básica de ingresos en la última fecha de trabajo o salario congelado \$ _____ por hora por semana, indique el número de horas que trabajó a la semana _____ mes año

Si el seguro se basa en otros ingresos, identifique el tipo (por ejemplo, comisión, bonificación, etc.) y el monto. Tipo _____ \$ _____	Fecha del último aumento salarial (MM/DD/AAAA)	¿Ha aumentado el monto del seguro (aparte del salario) en los últimos dos años? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si sí, dé la fecha (MM/DD/AAAA)
--	--	--

¿Tuvo el empleado que presentar evidencia de asegurabilidad para obtener la cobertura actual? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Se pagaron las primas hasta la fecha de defunción para este asegurado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si el seguro no es vigente, indique la fecha de discontinuación (MM/DD/AAAA)
--	--	--

¿Convirtió el difunto su seguro de grupo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si sí, indique el número de póliza _____	¿Tuvo el fallecido una póliza de cuidado prolongado de Aetna? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si sí, indique el número de póliza _____
---	---

Información sobre el difunto

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Número de Seguro Social

D. Información sobre el/los beneficiario(s)

	1.	2.	3.
Nombre	_____	_____	_____
Calle	_____	_____	_____
Ciudad	_____	_____	_____
Estado/Código postal	_____	_____	_____
Número de Seguro Social	_____	_____	_____
Parentesco al empleado	_____	_____	_____
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	_____	_____	_____
Número de teléfono Casa	_____	_____	_____
Trabajo	_____	_____	_____
¿Se ha cedido el beneficio/propiedad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si sí, ¿a quién? (envíe copia de la cesión)		Número de Seguro Social del cedente

E. Instrucciones de distribución de beneficios

Regrese el pago del beneficio directamente a:

Beneficiario Empleador (Chequera sólo al beneficiario) Otro _____

F. Instrucción del empleador

- Por favor envíe este formulario con los siguientes documentos adjuntos al Centro de Servicio de Seguro de Vida lo antes posible.
 - El certificado de defunción del asegurado *.
 - La designación original del beneficiario y cualquier cambio de solicitudes de beneficiarios.
 - Formularios de inscripción (actual y de los dos años anteriores).
 - Si los beneficiarios son menores de edad:
 - a) Sus partidas de nacimiento y números de Seguro Social*
 - b) Cartas de custodia* o conservación del **patrimonio** del menor de edad*
 - Si el beneficiario es el patrimonio del asegurado:
 - a) Las cartas de administración o cartas testamentarias.*
 - Si el beneficiario es un fideicomiso:
 - a) Proporcionar copias del fideicomiso y la carta de aceptación del fideicomisario con el número de identificación del fideicomiso.
 - Si el beneficiario designado falleció antes que el empleado:
 - a) Una copia del certificado de defunción del beneficiario
 - b) Declaración Jurada de Aetna de sobreviviente único completado por un representante de la familia.
 - Si se están reclamando beneficios de muerte accidental, presente los reportes policiales/de accidente e informes de autopsia y toxicología con cualquier artículo de periódico sobre el accidente si están disponibles.*
 - Llene el nombre del difunto en la parte superior de la Página 2 antes de enviar por fax a nuestra oficina el reclamo de Seguro de Vida al **1-859-455-8650**. No es necesario hacer seguimiento con los documentos originales. Si tiene más preguntas sobre la presentación de este reclamo, por favor comuníquese con nuestra oficina al **1-888-772- 9682**.
- * Esta información debe ser suministrada por el beneficiario o por el representante del beneficiario.

Información sobre el difunto

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)
Número de Seguro Social

G. Representante autorizado de empleador

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Arkansas, Louisiana y West Virginia: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio, o, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento.

Atención residentes de California: toda persona que conscientemente presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y reclusión en una prisión estatal.

Atención residentes de Colorado: Proporcionar información falsa, incompleta o hechos o información engañosos a sabiendas a una compañía de seguros con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía es un acto ilegal. Las sanciones correspondientes pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o apoderado de una compañía de seguros que proporcione información falsa, incompleta o hechos o información engañosos al titular de una póliza o reclamante, a sabiendas, con el fin de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante en relación a un convenio o adjudicación de pago por los recaudos del seguro, será reportado a la División de Seguros de Colorado del departamento de agencias reguladoras.

Atención residentes de Florida: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar al asegurador presente una declaración de un reclamo o solicitud con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un delito de tercer grado.

Atención residentes de Kansas: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente un formulario de inscripción de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá violado la ley del Estado.

Atención residentes de Kentucky: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene cualquier información materialmente falsa u oculta, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Maine y Tennessee: La proporción de información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía es un delito. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y la denegación de beneficios de seguro.

Atención residentes de Maryland: toda persona que, a sabiendas y de manera deliberada, presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida o beneficio, o que a sabiendas y de manera deliberada presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y reclusión en una prisión.

Atención residentes de New Jersey: Cualquier persona que incluya cualquier información falsa o engañosa en una solicitud de seguro o, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contiene información falsa o engañosa, quedará sujeta a sanciones penales o civiles.

Atención residentes de North Carolina: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Ohio y Pennsylvania: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene cualquier información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Oklahoma: ADVERTENCIA: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador hace una declaración para recibir beneficios de una póliza de seguros con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un delito mayor.

Atención residentes de Oregon: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá violado la ley del Estado.

Atención residentes de Puerto Rico: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude o induzca a presentar un reclamo fraudulento para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio, o presenta más de un reclamo por la misma pérdida o daño, estará cometiendo un delito mayor y si se le dictamina culpable será sancionada por cada violación con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5,000) y no más de diez mil dólares (\$10,000); o con encarcelamiento durante un periodo fijo de tres (3) años, o con ambas sanciones. Si existen circunstancias agravantes, el periodo fijo de encarcelamiento puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años; y si existen circunstancias mitigantes, el periodo de encarcelamiento podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Atención residentes de Vermont: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Virginia: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Washington: La proporción de información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía es un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y la denegación de beneficios de seguro.

Nombre _____ Firma _____

Fecha (MM/DD/AAAA) _____ en (Ciudad, Estado, Código postal) _____