

SOLICITUD DE BENEFICIOS DEL SEGURO DE VIDA DE GRUPO

(COMPROBANTE DE DEFUNCIÓN PARA EL SEGURO DE GRUPO)

INSTRUCCIONES:

1. El reclamante debe llenar y firmar la SECCIÓN 1 a continuación.
2. Incluya un acta de defunción finalizada y certificada.
3. Si la defunción fue producto de un accidente, incluya lo siguiente.
 - Copia de cualquier denuncia policial
 - Copia de cualquier informe toxicológico y de la autopsia
4. Una vez llenado, presente este formulario, junto con los documentos adjuntos, al empleado para que llene la SECCIÓN 2.

SECCIÓN 1

DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE

Nombre del fallecido:

Dirección del fallecido:

Nombre del empleado asegurado:

Número del Seguro Social del fallecido:

Nombre del empleador:

Número de póliza de grupo:

Fecha de NACIMIENTO del fallecido:

Fecha de DEFUNCIÓN del fallecido:

Lugar de defunción (si fue en un hospital, indique el nombre y la dirección del hospital):

Causa de defunción:

Su nombre:

Su fecha de nacimiento:

Indique su relación con el fallecido:

Su teléfono residencial:

Su teléfono celular:

Su dirección:

UnitedHealthcare Specialty Benefits

PO Box 7149
Portland, ME 04112-7149
1-888-299-2070
Fax: 1-800-980-0298
Correo electrónico no protegido:
FPCustomerSupport@uhc.com



UnitedHealthcare Insurance Company

Su nombre:		Su fecha de nacimiento:	
Indique su relación con el fallecido:		Su teléfono residencial:	Su teléfono celular:
Su dirección:			

Al firmar a continuación el presente documento, certifico lo siguiente:

- He llenado este formulario a mi leal saber y entender, y la información contenida es completa y verdadera.
- Acepto que, al proporcionar este formulario e investigar el reclamo, UnitedHealthcare Insurance Company no tendrá la obligación de admitir la validez de ningún reclamo ni de renunciar a ninguno de sus derechos ni a ninguna de las condiciones de la póliza.
- Autorizo a UnitedHealthcare Insurance Company a obtener cualquier registro médico u hospitalario del fallecido. Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.
- Autorizo a Optum Bank ("Banco")*, miembro de la Corporación Federal de Seguros de Depósito (Federal Deposit Insurance Corporation, FDIC), a abrir una cuenta de depósito con intereses en mi nombre ("Cuenta") y, en caso de que cumpla los requisitos y el Banco abra una Cuenta, por medio del presente documento, indico a UnitedHealthcare Insurance Company a transferir todos los beneficios del reclamo pagaderos de \$5,000 o más a esa Cuenta. Acepto que, si los beneficios pagaderos son menores de \$5,000 o si no cumplo los requisitos para abrir una Cuenta en el Banco, recibiré, sujeto a los términos y las condiciones de la póliza, un cheque directamente de UnitedHealthcare Insurance Company por cualquier beneficio.
- Entiendo y acepto que mi Cuenta se establecerá y se registrará por los Términos y Condiciones de la Cuenta del Banco, incluida la Política de Privacidad del Banco, que me proporcionarán si y cuando se abra mi Cuenta, y la Lista de Tarifas del Banco, que recibí.
- Entiendo que, junto con mi Cuenta, me emitirán una Tarjeta de Débito MasterCard® de la Cuenta de Administración de Patrimonio ("Tarjeta") y, por medio del presente documento, reconozco que, al usar la Tarjeta para acceder a mi Cuenta, acepto acatar los términos y las condiciones del Acuerdo de la Tarjeta de la Cuenta de Administración de Patrimonio que me proporcionaron con mi Tarjeta.
- No estoy sujeto a la retención adicional de impuesto sobre intereses y ciertos dividendos porque: (a) estoy exento de dicha retención, o (b) el Servicio de Impuestos Internos no me notificó que estoy sujeto a dicha retención por no declarar todos los intereses o los dividendos, o (c) el Servicio de Impuestos Internos me notificó que ya no estoy sujeto a dicha retención.
- Reconozco que he leído los Avisos de Advertencia de Fraude correspondientes que se proporcionan con este formulario de reclamo.

☐

Marque esta casilla si prefiere que el pago de los beneficios se haga a través de un cheque directamente a usted en lugar de a través de la cuenta indicada anteriormente.

Firme con su nombre como aparece en su tarjeta del Seguro Social para evitar demoras en el procesamiento.

Número del Seguro Social o número de identificación del contribuyente

FIRME Y ESCRIBA LA FECHA CON TINTA

Fecha

SEGÚN LA LEY PATRIÓTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS (USA PATRIOT ACT):

Para ayudar al gobierno a combatir el financiamiento del terrorismo y las actividades de lavado de dinero, la ley federal requiere que todas las instituciones financieras obtengan, verifiquen y registren la información que identifica a cada persona que abre una cuenta. Cuando usted abra la cuenta, le pediremos su nombre, su dirección, su fecha de nacimiento y otra información que nos permitirá identificarle. Es posible que también le pidamos su licencia de conducir u otros documentos de identificación.

UnitedHealthcare Specialty Benefits

PO Box 7149
Portland, ME 04112-7149
1-888-299-2070
Fax: 1-800-980-0298
Correo electrónico no protegido:
FPCustomerSupport@uhc.com



UnitedHealthcare Insurance Company

INSTRUCCIONES:

- 1 El empleador debe llenar y firmar la SECCIÓN 2 a continuación.
- 2 Adjunte las Solicitudes de Inscripción y las designaciones de beneficiarios que haya conservado.
- 3 Proporcione los registros de las horas trabajadas del empleado de las 12 semanas anteriores al último día trabajado.
- 4 Después de llenar las dos secciones de este formulario, envíe por CORREO POSTAL, CORREO ELECTRÓNICO o FAX (consulte arriba) toda la documentación de respaldo.

SECCIÓN 2

Certificamos que, a nuestro leal saber y entender, las siguientes declaraciones y respuestas son verdaderas:

DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre completo del empleado

Dirección del empleado	Dirección		
	Ciudad	Estado	Código postal

Empleador

Número de póliza de grupo

Dirección del empleador

Número de teléfono

Número del Seguro Social del empleado

Fecha de empleo

Fecha hasta la que están pagadas las primas individuales del empleado

Fecha del último día que se presentó al trabajo el fallecido

Si el empleado no se encontraba activamente en el trabajo en la fecha de defunción, indique el motivo:

- ☐ Despido ☐ Permiso para ausentarse ☐ Renuncia ☐ Vacaciones ☐ Discapacidad ☐ Suspensión temporal del trabajo
- ☐ Otro, explique _____

Ocupación o clase de asegurado	Horas trabajadas regulares
--------------------------------	----------------------------

Cantidad del Seguro Básico de Vida	\$ _____
Cantidad del Seguro Complementario de Vida	\$ _____
Cantidad del Seguro Voluntario de Vida	\$ _____
Cantidad del Seguro de Vida para Dependientes	\$ _____
Cantidad del Seguro por Muerte y Desmembramiento Accidental	\$ _____
Cantidad del Seguro Voluntario por Muerte y Desmembramiento Accidental	\$ _____

Nombre del beneficiario	Relación
-------------------------	----------

El comprobante incluirá los registros salariales del empleado de las 12 semanas anteriores al último día trabajado. Si el beneficio se basa en la remuneración anual o en el Formulario W-2 del año anterior, presente esta información con el reclamo del Seguro de Vida.

Certificación y Firma Final

Nombre de la persona que llena este formulario		Dirección de correo electrónico	
Título		Número de teléfono	Ext.
Firma (Se permite firma electrónica)			Fecha de la firma

AVISOS DE ADVERTENCIA DE FRAUDE: (Lea el aviso que corresponda a su estado)

Para reclamantes de Alabama:

Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida o de un beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a restitución, multas o reclusión en prisión, o una combinación de estas.

Para reclamantes de Alaska:

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada en virtud de la ley estatal.

Para reclamantes de Arizona:

Para su protección, las leyes de Arizona exigen que aparezca la siguiente declaración en este formulario. Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida está sujeta a sanciones civiles y penales.

Para su protección, las leyes de California exigen que aparezca la siguiente declaración en este formulario:

Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Para reclamantes de Colorado:

Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o al reclamante con el fin de estafarle o intentar estafarle con respecto a una satisfacción de deuda o indemnización pagadera con los beneficios de un seguro será denunciado ante la División de Seguros de Colorado del Departamento de Agencias Reguladoras.

Para reclamantes de Connecticut:

Toda persona que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro o contrato de pago en vida de una póliza de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

Para reclamantes de Delaware:

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

Para reclamantes de District of Columbia:

ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía de seguros o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una compañía de seguros puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada sustancialmente con un reclamo.

Para reclamantes de Florida:

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una solicitud o una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un delito grave de tercer grado.

Para reclamantes de Hawaii:

Para su protección, la ley de Hawaii exige que se le informe que la presentación de un reclamo fraudulento para el pago de una pérdida o de un beneficio es un delito punible con multas o prisión, o ambos.

Para reclamantes de Idaho:

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

Para reclamantes de Indiana:

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de engañar a alguna compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, comete un delito grave.

Para reclamantes de Kansas:

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una solicitud o una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, puede ser hallada culpable de fraude según lo determine un tribunal.

Para reclamantes de Kentucky:

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho sustancial de dicha solicitud, comete un acto fraudulento en contra del seguro, lo que constituye un delito.

AVISOS DE ADVERTENCIA DE FRAUDE: (Lea el aviso que corresponda a su estado)

Para reclamantes de Maine:

Constituye un delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o denegación de los beneficios del seguro.

Para reclamantes de Maryland:

Toda persona que, a sabiendas o intencionalmente, presente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida o de un beneficio, o que, a sabiendas o intencionalmente, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

Para reclamantes de Minnesota:

Toda persona que presente un reclamo con la intención de estafar o que ayude a cometer un fraude contra una compañía de seguros es culpable de un delito.

Para reclamantes de New Hampshire:

Toda persona que, con la intención de dañar, estafar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a la acusación y sanción por fraude al seguro, según lo dispuesto en el Estatuto Estatal Actualizado (Revised Statute Annotated, RSA) 638:20.

Para reclamantes de New Jersey:

Toda persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones civiles y penales.

Para reclamantes de New Mexico:

Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida o de un beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y sanciones civiles.

Para reclamantes de Ohio:

Toda persona que, con la intención de estafar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude al seguro.

Para reclamantes de Oklahoma:

ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a alguna compañía de seguros, presente algún reclamo por los beneficios de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

Para reclamantes de Oregon:

Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o de un beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, puede ser culpable de un delito y estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

Para reclamantes de Pennsylvania:

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho sustancial, comete un acto fraudulento en contra del seguro, lo que constituye un delito y dicha persona puede estar sujeta a sanciones civiles y penales.

Para reclamantes de Tennessee y Washington:

Constituye un delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro.

Para reclamantes de Texas:

Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Para reclamantes de Vermont:

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, puede ser hallada culpable de un delito.

Para reclamantes de Virginia:

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a alguna compañía de seguros, presente algún reclamo por los beneficios de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa, puede haber infringido la ley estatal.

Para reclamantes de Todos los Demás Estados:

Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida o de un beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.