

# Formulario de reclamación por muerte

para ser completado por el titular de la póliza grupal



## Sección 1 – Información de beneficios (todas las reclamaciones por muerte requieren una copia original certificada del certificado de defunción).

Solicitud de beneficios por muerte para:

- Seguro de vida     Seguro por muerte accidental  
 Seguro de vida para derechohabientes

\$ \_\_\_\_\_  
Monto del seguro

\_\_\_\_\_  
Primer nombre del empleado

Inicial del  
segundo  
nombre

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social del empleado

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de contratación

\_\_\_\_\_  
Apellido del empleado

Sufijo

\_\_\_\_\_  
Título del trabajo u ocupación

¿Cuál fue la última fecha en la que este empleado se reportó físicamente al trabajo y llevó a cabo sus funciones laborales normales? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿En qué fecha se incluyó por última vez a este empleado en la nómina de su compañía? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Sección 2 – Información del fallecido

\_\_\_\_\_  
Primer nombre del fallecido

Inicial del  
segundo  
nombre

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del fallecido

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de la muerte

\_\_\_\_\_  
Apellido del fallecido

Sufijo

\_\_\_\_\_  
Causa de muerte

\_\_\_\_\_  
Dirección de la casa del fallecido

¿La muerte se debe a un accidente?     Sí     No

Si la respuesta es sí, describa el accidente:

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado    Código postal    +4

## Sección 3 – Información del beneficiario

\_\_\_\_\_  
Primer nombre del beneficiario

Inicial del  
segundo  
nombre

\_\_\_\_\_  
Dirección de la casa del beneficiario

\_\_\_\_\_  
Apellido del beneficiario

Sufijo

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Estado    Código postal    +4

\_\_\_\_\_  
Relación con el fallecido

\_\_\_\_\_  
Primer nombre del beneficiario

Inicial del  
segundo  
nombre

\_\_\_\_\_  
Dirección de la casa del beneficiario

\_\_\_\_\_  
Apellido del beneficiario

Sufijo

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Estado    Código postal    +4

\_\_\_\_\_  
Relación con el fallecido

## Sección 4 – Información del titular de la póliza

Anotaciones: \_\_\_\_\_

**La compañía no estará obligada a admitir la validez de ninguna reclamación o a renunciar al incumplimiento de ninguna condición de la póliza al proporcionar este formulario u investigar la reclamación.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza grupal

\_\_\_\_\_  
Dirección del titular de la póliza

\_\_\_\_\_  
Título del representante del empleador

\_\_\_\_\_  
Ciudad

(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Número de teléfono  
del titular de la póliza

(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Número de fax del  
titular de la póliza

\_\_\_\_\_  
Estado    Código postal    +4

**Se requiere su firma**

\_\_\_\_\_  
Firma del empleador

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

### Sección 3 – Información importante

**La compañía no estará obligada a admitir la validez de ninguna reclamación o a renunciar al incumplimiento de ninguna condición de la póliza al proporcionar este formulario u investigar la reclamación.**

**Advertencia:** Cualquier persona que deliberadamente y con intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía aseguradora presente una declaración de reclamación que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito. Reporte un caso de fraude a la línea de atención para fraudes al 800-530-5989.

### Sección 4 – Instrucciones especiales

Al momento de la muerte del empleado o derechohabiente asegurado envíe este formulario de reclamación, una copia original certificada del certificado de defunción y cualquier otra información relevante a nuestro departamento de reclamaciones a:

#### **Advance Insurance Company of Kansas**

1133 SW Topeka Blvd., Topeka, KS 66629-0001

Teléfono: 785-273-9804 o línea gratuita 800-530-5989

El representante autorizado del titular de la póliza grupal debe completar en su totalidad este formulario y firmarlo. Si no completa todas las preguntas, se puede demorar la resolución de la reclamación.

Si su plan incluye cobertura de seguro de vida para derechohabientes:

- Si es una cobertura de seguro básico para derechohabientes, el beneficiario será el empleado asegurado
- El beneficiario de un cónyuge cubierto por un plan de vida voluntario será el designado.
- El padre/madre asegurado será el beneficiario de la cobertura de seguro de vida para hijo derechohabiente.

Envíe evidencia médica de la muerte con todas las reclamaciones por muerte como una **copia original certificada** del certificado de defunción.

Si la muerte se debió a un accidente, se solicitará información adicional y puede incluir uno o más de los siguientes documentos adicionalmente a otra información solicitada:

- Informe del médico forense
- Informe de la policía
- Informe del accidente
- Informe de toxicología

**Los titulares de pólizas grupales autoadministradas** deben incluir el formulario de inscripción original y todos los cambios de los formularios de beneficiario junto con el formulario de reclamación.

Si los beneficios del seguro son pagaderos al patrimonio del asegurado, solicitaremos una copia de la designación de un administrador o ejecutor del patrimonio del asegurado.

Si los beneficios del seguro son pagaderos a un hijo menor o persona incompetente mentalmente, solicitaremos una copia de los documentos legales de la designación del custodio del beneficiario.

Si el beneficiario designado está muerto, se debe presentar una copia de su certificado de defunción con el formulario de reclamación.

### Solo para uso de la oficina