

Formulario de reclamación por muerte

para personas



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 para niños

Número de la póliza _____

\$ _____
Monto del seguro

Primer nombre del asegurado _____

Inicial del
segundo
nombre

Número de Seguro Social del asegurado _____

Apellido del asegurado _____

Sufijo

Sección 2 – Información del fallecido

Primer nombre del fallecido _____

Inicial del
segundo
nombre

Dirección de la casa del fallecido _____

Apellido del fallecido _____

Sufijo

Ciudad _____

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento del fallecido

_____/_____/_____
Fecha de la muerte

Estado Código postal +4 _____

Causa de muerte _____

Anotaciones: _____

Sección 3 – Información del beneficiario

Todos los beneficiarios deben firmar y completar la información que se solicita a continuación. Si el espacio es insuficiente, proporcione la información solicitada en una hoja separada firmada y fechada.

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 _____

Se requiere su firma

Firma del beneficiario

_____/_____/_____
Fecha de la firma

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 _____

Se requiere su firma

Firma del beneficiario

_____/_____/_____
Fecha de la firma

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 _____

Se requiere su firma

Firma del beneficiario

_____/_____/_____
Fecha de la firma

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 asegurado (o hijo asegurado, si aplica para seguro para niños) envíe este formulario de reclamación, un recorte de periódico, una copia original certificada del certificado de defunción y la póliza, si está disponible, 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 formulario de reclamación debe estar completado en su totalidad y firmado. Si no completa todas las preguntas, se puede demorar la resolución de la reclamación.

Por favor, asegúrese de incluir el número de Seguro Social, relación, edad y dirección de cada beneficiario. Si no hay espacio suficiente en la parte frontal de este formulario, proporcione la información solicitada en una hoja separada firmada y fechada.

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

- Responda las preguntas en la Sección 2 con respecto al fallecido según se aplique al niño; el beneficiario será el asegurado.
- Responda las preguntas del beneficiario en la Sección 3 para el Beneficiario A según aplique al asegurado.
- El asegurado debe firmar y colocar la fecha como Beneficiario A en la Sección 3.

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

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