Aetna

Acta de Defunción

Solicitud de Beneficios del Seguro de Vida Colectivo y del Seguro por Muerte Accidental Colectivo

(Véase en el dorso las instrucciones para completar este formulario)

Por favor mande esta reclamación por fax o por correo a
Aetna Life Insurance Company
P.O. Box 14549
Lexington, KY 40512-4549
FAX: 1-800-238-6239

A. Información sobre el Difunto

Nombre del difunto (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Si el difunto es conocido por otro nombre, provea el nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)			
Número del Seguro Social	Fecha de Nacimiento (Ejemplo: 00/00/0000)	Fecha de Defunción (Ejemplo: 00/00/0000)	Edad	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino
Dirección más reciente: Calle	Ciudad		Estado	Código Postal

B. Información sobre el Empleado

Employee's Name (last, first, middle initial)	Social Security Number		Birthdate (MM/DD/YYYY)
Dirección de su más reciente domicilio: Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha en que fue contratado (Ejemplo: 00/00/0000)	Nombre o Número del lugar donde el empleado trabaja	☐ Empleado que cobra por Horas de Trabajo ☐ Empleado Asalariado	Fecha del Último Día de Trabajo (Ejemplo: 00/00/0000)
Razón por la cual el empleado no regresó al trabajo después del último día que trabajó.			

C. Información sobre la Cobertura del Empleado

Nombre del Empleador	Nombres de los Representantes de la Empresa		
Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono ( )	¿Antes de fallecer el difunto, se presentó una reclamación para solicitar los siguientes beneficios: Beneficio de Pago Acelerado, Beneficio por Pérdida Accidental de Miembros, Beneficios Adicionales por Muerte Accidental relacionados con estado comatoso, lesión cerebral por agresión externa (lesión traumática), fijación quirúrgica por desprendimiento de partes del cuerpo, quemaduras de tercer grado, Beneficio de Doble Indemnización para Niños? ☐ No ☐ Sí		
Número de Fax ( )	¿Se presentó una reclamación para la suspensión de pagos de las primas antes de la defunción? ☐ No ☐ Sí		

Coberturas para las cuales los beneficios están en vigor, son disponibles o están siendo reclamados

Cobertura Colectiva	Número de Control	Sufijo	Cuenta	Plan	Fecha efectiva del seguro del empleado (Ejemplo: 00/00/0000)	Cantidad de seguro en vigor a partir del último día de trabajo
☐ Seguro de Vida a Término (Term Life) (TRM1)					/ /	
☐ _____					/ /	
☐ Seguro Suplementario (Supplemental) (TRM3)					/ /	
☐ _____					/ /	
☐ Dependiente (TRM2)					/ /	
☐ Muerte Accidental y Pérdida de Miembros [AD&PL (AD&D)] (ADD1)					/ /	
☐ Seguro Colectivo Contra Accidentes (Group Accident) (GAC1)					/ /	
☐ Seguro de Vida "Paid-up" (PUP1)					/ /	
☐ Seguro de Vida Colectivo Universal (Group Universal Life) (GUL1)					/ /	
☐ _____					/ /	

Si el seguro está basado en el sueldo, sueldo básico en la fecha de su último día de trabajo o salario congelado
$ _____ por ☐ Hora ☐ Semana, provea el número de horas de trabajo por semana _____ ☐ Mes ☐ Año

Si el seguro está basado en otros ingresos, identifique el tipo (por ejemplo, comisión, gratificación, etc.) y la cantidad. Tipo _____ $_____	Fecha del último aumento de sueldo, provea el mes/día/año (Ejemplo: 00/00/0000)	¿Ha aumentado el porcentaje del seguro en los últimos dos años? ☐ No ☐ Sí Si la repuesta es "Sí", incluya la fecha (Ejemplo: 00/00/0000) _____
¿Tuvo el empleado que presentar pruebas de asegurabilidad para obtener la cobertura actual? ☐ No ☐ Sí	Indique el último período cubierto por medio de contribuciones/ primas de parte del empleado o del empleador.	Si el seguro no está en vigor, provea la fecha de expiración (Ejemplo: 00/00/0000)

¿El difunto convirtió su seguro colectivo? ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es "Sí", provea el Número de la Póliza _____	¿Tenía el difunto una póliza por cuidados de atención de la salud de larga duración (long term care) emitida por Aetna? ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es "Sí", provea el Número de la Póliza _____

Información sobre el Difunto

Nombre (apellido, nombre, inicial)

Número del Seguro Social

D. Información sobre los Beneficiarios

	1.	2.	3.
Nombre			
Calle			
Ciudad			
Estado/Código Postal			
Número del Seguro Social			
Parentesco con el Empleado			
Fecha de Nacimiento (Ejemplo: 00/00/0000)			
Número de Teléfono			
Domicilio	( )	( )	( )
Trabajo	( )	( )	( )

¿Fueron cedidos los bienes?	Si la repuesta es "Sí", ¿a quién? (envíe una copia de la cesión)	Número del Seguro Social del Cesionario
☐ No ☐ Sí		

E. Instrucciones para la Distribución de los Beneficios

Enviar el pago del beneficio directamente al:

☐ Beneficiario ☐ Empleador (Checkbook- Sólo para los Beneficiarios) ☐ Otro _____

F. Instrucciones para el Empleador

- Favor de enviar este formulario y de adjuntar los documentos indicados a continuación al Centro de Servicios del Seguro de Vida (Life Insurance Service Center) los más pronto posible.
  - El certificado de defunción (death certificate) de la persona asegurada*.
  - La designación del beneficiario original y todas las solicitudes de cambios de beneficiarios.
  - Formularios de Inscripción (del año en curso y del año anterior).
  - Si los beneficiarios son hijos menores:
    a) Sus certificados de nacimiento y los números del Seguro Social*
    b) Las Cartas de Tutela* o conservación de la **herencia** del hijo menor*
  - Si el beneficiario es la herencia de la persona asegurada:
    a) Las Cartas de Administración o Cartas Testamentarias.*
  - Si el beneficiario es un fideicomiso (trust):
    a) Provea copias del fideicomiso y una carta de aceptación del fideicomisario que contenga el número de identificación del Fideicomiso.
  - Si el beneficiario designado murió antes que el empleado:
    a) Una copia del certificado de defunción del beneficiario
    b) Nombre, dirección, parentesco con el pariente más cercano, si la póliza contiene una disposición para el pariente más cercano.
  - Si se están reclamando beneficios por Muerte Accidental (Accidental Death), envíe el informe policíaco o el informe del accidente junto con los recortes de diarios y del obituario con respecto al accidente.*
- Escriba el nombre del difunto al principio de la Página 2 antes de enviar por fax la reclamación del Seguro de Vida a nuestra oficina al número de fax **1-800-238-6239** o **1-800-AetnaFx**. Una vez nos envíe los documentos por fax, no tendrá que enviarnos los documentos originales.
  Si tiene otras preguntas sobre cómo presentar esta reclamación, favor de comunicarse con nuestra oficina llamando al **1-800-523-5065**.

* Esta información debe ser provista por el beneficiario o por los representantes del beneficiario.

G. Representante Autorizado del Empleador

Toda persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o un informe relacionado con una reclamación que contenga información falsa o encubra con la intención de engañar, información sobre hechos fundamentales habrá cometido fraude de seguro, lo que es un delito y como consecuencia a dicha persona se le impondrán multas fijadas por las leyes de derecho penal y civil.

Atención Residentes de California: Para su protección, la ley de California dispone que este formulario incluya el aviso que figura a continuación. Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta con el propósito de solicitar el pago de una pérdida, será hallada culpable de haber cometido un delito y como consecuencia podrían imponersele multas así como ser confinada en una prisión estatal.

Atención Residentes de Colorado: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía aseguradora con la intención de defraudar o de intentar defraudar a la compañía. Entre las penalidades que podrían imponerse se incluyen encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños y perjuicios civiles. Cualquier asegurador o agente de una compañía aseguradora que, a sabiendas, proporcione datos o información falsa, incompleta, o engañosa al poseedor de la póliza o a un reclamante con la intención de defraudar o de intentar defraudar al poseedor de la póliza o al reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación cuyo pago proviene de los beneficios del seguro, deberá ser denunciado a la división de seguros (insurance division) de Colorado del departamento de agencias reglamentarias.

Atención Residentes de Florida y Virginia: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar o engañar a cualquier compañía aseguradora, someta un informe en relación a una reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, será hallada culpable de haber cometido un delito grave.

Atención Residentes de Kentucky, Ohio y Pennsylvania: Toda persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o un informe relacionado con una reclamación que contenga información falsa o encubra, con la intención de engañar, información sobre hechos fundamentales habrá cometido fraude de seguro, lo que es un delito y como consecuencia a dicha persona se le impondrán multas fijadas por las leyes de derecho penal y civil.

Atención Residentes de Louisiana: Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para solicitar el pago de un beneficio o la indemnización de una pérdida o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro será hallada culpable de haber cometido un delito y como consecuencia podrían imponersele multas así como ser confinada en una prisión.

Atención Residentes de New Jersey: Toda persona que incluya información falsa o engañosa en un formulario de solicitud de una póliza de seguro estará sujeta a multas fijadas por las leyes de derecho penal y civil.

Atención Residentes de New York: Toda persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o un informe relacionado con una reclamación que contenga información falsa o encubra, con la intención de engañar, información sobre hechos fundamentales habrá cometido fraude de seguro, lo que es un delito y como consecuencia las leyes de derecho civil impondrán multas por cada infracción de hasta cinco mil dólares más el valor fijado con respecto a la reclamación.

Nombre _____ Firma _____

Fecha (Ejemplo: 00/00/0000) _____ en (ciudad, estado, código postal) _____