



# 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

PO 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)			
Parentesco con el Empleado	Número del Seguro Social	Fecha de Nacimiento (Ejemplo: 00/00/0000)	Fecha de Defunción (Ejemplo: 00/00/0000)	Edad	Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Empleado que cobra por Horas de Trabajo <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Número de Fax	¿Se presentó una reclamación para la suspensión de pagos de las primas antes de la defunción? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Seguro de Vida a Término (Term Life) (TRM1)	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> Seguro Suplementario (Supplemental) (TRM3)	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> Dependiente (TRM2)	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdida de Miembros [AD&PL (AD&D)] (ADD1)	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> Seguro Colectivo Contra Accidentes (Group Accident) (GAC1)	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> Seguro de Vida "Paid-up" (PUP1)	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> Seguro de Vida Colectivo Universal (Group Universal Life) (GUL1)	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____

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 respuesta es "Sí", incluya la fecha (Ejemplo: 00/00/0000) \_\_\_\_\_

¿Tuvo el empleado que presentar pruebas de asegurabilidad para obtener la cobertura actual?  No  Sí ¿Se pagaron las primas hasta la fecha de la muerte de la persona asegurada?  No  Sí 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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es "Sí", ¿a quién? (envíe una copia de la cesión)	Número del Seguro Social del Cesionario
--	---	---

**E. Instrucciones para la Distribución de los Beneficios**

Enviar el pago del beneficio directamente al:

Beneficiario  Empleador (Talonario de cheques al beneficiario solamente)  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.
    - Para reclamar beneficios por Muerte Accidental y si los documentos aquí indicados están disponibles, presente el informe policial sobre el accidente, el parte facultativo sobre la autopsia y toxicología y los artículos del periódico relacionados con el 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.

**Información sobre el Difunto**

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

**G. Información falsa**

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u a 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, Rhode Island y West Virginia:** Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida 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 en una prisión.

**Atención residentes de California:** Para su protección, la ley de California requiere que el siguiente aviso aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

**Atención residentes de Colorado:** Proporcionar información falsa, incompleta o información o hechos 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 agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione información falsa, incompleta o información o hechos engañosos al titular de la póliza o reclamante, 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 para solicitar 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, puede haber violado la ley estatal.

**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 incluyen encarcelamiento, multas y la denegación de beneficios de seguro.

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

**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 New York, la siguiente declaración solamente corresponde a su cobertura de AD&D:** Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u a 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 estarán sujetos a una sanción civil que no podrá exceder los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo de cada violación.

**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 a 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 puede ser 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 a 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 Oklahoma:** ADVERTENCIA: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador haga un reclamo 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 con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente un formulario de inscripción para solicitar 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 defraudar 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 período fijo de tres (3) años, o con ambas sanciones. Si existen circunstancias agravantes, el período fijo de encarcelamiento puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años; y si existen circunstancias mitigantes, el período 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 y 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 a 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 (Ejemplo: 00/00/0000) \_\_\_\_\_ en (ciudad, estado, código postal) \_\_\_\_\_