

# Formulario de reclamación de seguro de vida grupal

**Empleador, complete este formulario en su totalidad**

## Declaración del empleador

Para ser completado por el empleador

### Información del empleo

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

Nombre del empleado/jubilado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del empleado/jubilado \_\_\_\_\_

Dirección del empleado/jubilado \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_ Fecha de inicio del empleo \_\_\_\_\_

Fecha en que el empleado trabajó por última vez con horario de tiempo completo \_\_\_\_\_

Motivo por el que el empleado dejó de trabajar (si trabajó más de 31 días) \_\_\_\_\_

Sueldo base anual \$ \_\_\_\_\_ Horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_

Fecha del último pago de salario al empleado \_\_\_\_\_ Cantidad pagada \_\_\_\_\_

### Información de la persona fallecida

Persona fallecida:  Empleado  Jubilado  Cónyuge Hijo/a

Nombre de la persona fallecida, si es esposo/a o hijo \_\_\_\_\_ Número de identificación del afiliado \_\_\_\_\_

Otros nombres por los cuales se puede haber conocido a la persona fallecida (por ejemplo, apellido de soltera, nombre con guion o alias) \_\_\_\_\_

Dirección de la persona fallecida, si es esposo/a o hijo \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de fallecimiento \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia del seguro \_\_\_\_\_

¿La persona fallecida tiene alguna otra cobertura de seguro de vida con Humana, Inc., sus subsidiarias o afiliadas?  
 Sí  No

¿Tiene registrada una elección de beneficiario para el afiliado? En caso AFIRMATIVO, adjunte una copia a la presente reclamación.

¿Se reclaman beneficios por muerte accidental?  Sí  No En caso AFIRMATIVO, envíe copias del informe policial y del médico forense (incluidos los resultados de laboratorio) si se realizó una autopsia.

### Grupos de empleadores autoadministrados: complete esta sección

Clase de seguro: \_\_\_\_\_

Cantidad del seguro de vida básico \$ \_\_\_\_\_ Cantidad del beneficio por muerte accidental \$ \_\_\_\_\_

Cantidad del seguro opcional (voluntario) \$ \_\_\_\_\_ Fecha del último aumento del seguro \_\_\_\_\_

### Firma (todos los grupos)

Certifico que he leído este documento y que la información es exacta y está completa. Entiendo que toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación que contenga información falsa o engañosa queda sujeta a sanciones penales y civiles.

Firma autorizada del empleador: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Humana**<sup>®</sup>

Enviar correo a: Humana  
PO Box 13068  
Green Bay,  
WI 54307-3068

Servicio al cliente: 1-866-427-7478  
Fax: 1-920-339-4794  
Correo electrónico:  
GBLife\_Disability@humana.com

# Formulario de reclamación de seguro de vida grupal

## Declaración del beneficiario

Esto lo debe completar cada beneficiario al que se pagará esta reclamación. Si el beneficiario es menor de edad, provea las cartas de tutela del patrimonio del menor. Si el beneficiario es quien recibe el patrimonio sucesorio, proporcione las cartas testamentarias o cartas de administración que designan al representante personal del patrimonio sucesorio. Si el beneficiario es la persona fallecida, proporcione una copia del certificado de defunción oficial del beneficiario fallecido.

Certifico que he leído este documento y que la información es exacta y está completa. Entiendo que toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación que contenga información falsa o engañosa queda sujeta a sanciones penales y civiles.

¿Habrá una asignación funeraria en esta reclamación?  Sí  No

\*\* Si no hay ningún beneficiario asignado o registrado en Humana, complete la Declaración jurada en la página 3\*\*

Nombre de la persona fallecida: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

## Información del beneficiario

Nombre del beneficiario \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social/Número de identificación fiscal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del beneficiario \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

Relación con la persona fallecida \_\_\_\_\_

Firma del beneficiario: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del beneficiario \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social/Número de identificación fiscal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del beneficiario \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

Relación con la persona fallecida \_\_\_\_\_

Firma del beneficiario: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Adjunte el formulario de afiliación o la designación de beneficiario más reciente y adjunte un certificado de defunción con el sello en relieve del estado. \*\*Si no tiene beneficiario asignado o registrado en Humana, complete la Declaración jurada de la página 3\*\*.**

En esta autorización, "Humana" o "Nosotros" hace referencia a la o las compañías de seguros indicadas a continuación, en forma individual o colectiva, y según lo exija el contexto.

Los planes de seguro de vida colectivo de Humana están asegurados por Humana Insurance Company o Humana Insurance Company of Kentucky. En Arizona, los planes de vida colectivo están asegurados por Humana Insurance Company. En Nuevo México, los planes de vida colectivo están asegurados por Humana Insurance Company. En Texas, los planes de vida colectivo están asegurados por Humana Insurance Company.

Toda persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa puede estar sujeta a enjuiciamiento y sanciones por fraude al seguro. (Consulte las Declaraciones estatales específicas sobre advertencias de fraudes en las páginas 4-8).

# Humana®

Enviar correo a: Humana  
PO Box 13068  
Green Bay,  
WI 54307-3068

Servicio al cliente: 1-866-427-7478  
Fax: 1-920-339-4794  
Correo electrónico:  
GBLife\_Disability@humana.com

## DECLARACIÓN JURADA

**Solo complete la Declaración jurada si no hay ningún beneficiario registrado en Humana.** Nos basaremos en esta Declaración jurada para determinar el pago de beneficios, a menos que recibamos un aviso por escrito de una reclamación válida antes de que se efectúe el pago. Esta Declaración jurada nos eximirá de responsabilidad adicional. Cualquier pago que hayamos realizado nosotros de buena fe nos liberará totalmente de responsabilidad en la medida de dicho pago.

Complétela EN SU TOTALIDAD. Si no se aplica, marque que así es. Incluya nombres y direcciones completas.

Nombre de la persona fallecida: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

¿Existe actualmente un patrimonio sucesorio establecido?  Sí  No

Esposo/a vivo/a de la persona fallecida: \_\_\_\_\_

Hijos vivos de la persona fallecida, incluidos hijos legalmente adoptados [también incluya fechas de nacimiento]

\_\_\_\_\_

Padres vivos de la persona fallecida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hermanos vivos de la persona fallecida

\_\_\_\_\_

Fechado en, \_\_\_\_\_ este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

**Cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. Al emitir este formulario de reclamación, la Compañía no admite responsabilidad alguna ni renuncia a ninguno de sus derechos conforme a la Póliza.**

**Humana**<sup>®</sup>

Enviar correo a: Humana  
PO Box 13068  
Green Bay,  
WI 54307-3068

Servicio al cliente: 1-866-427-7478  
Fax: 1-920-339-4794  
Correo electrónico:  
GBLife\_Disability@humana.com

# Declaraciones estatales sobre advertencias de fraude

Toda persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o realice una declaración falsa o engañosa puede estar sujeta a procesamiento por fraude. Al proporcionar estos avisos, ni Humana ni sus subsidiarias dan a entender que estén autorizadas a suscribir seguros en los 50 estados.

**Alabama:** Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o 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 retributivas o a encarcelamiento, o a cualquier combinación de ambas.

**Alaska:** Una persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguro, presenta una reclamación que contiene información incompleta o engañosa puede ser procesada en virtud de las leyes estatales.

**Arizona:** Para su protección, las leyes de Arizona exigen que la siguiente declaración figure en o acompañe a este formulario. Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el cobro de una pérdida queda sujeta a sanciones administrativas y penales. La autorización permanecerá vigente durante el plazo de su cobertura. Usted o su representante designado tienen derecho a recibir una copia de este formulario de reclamación.

**Arkansas:** Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o 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 encarcelamiento.

**California:** Para su protección, las leyes de California exigen que lo siguiente figure en o acompañe a este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

**Colorado:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía aseguradora con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro y perjuicios civiles. Toda compañía de seguro o agente de una compañía de seguro que a sabiendas facilite información o datos erróneos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o al reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o al reclamante respecto al pago o a la adjudicación de beneficios pagaderos con los fondos del seguro será denunciado ante el Department of Regulatory Agencies (Departamento de Agencias Reguladoras) de la Colorado Division of Insurance (División del Seguro de Colorado).

**Delaware:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.

**District of Columbia:** ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen reclusión en prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar beneficios del seguro si la información falsa relacionada sustancialmente con una reclamación fue proporcionada por el solicitante.

**Florida:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado.

**Hawaii:** Para su protección, la ley de Hawaii exige que se le informe que el hecho de presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o un beneficio constituye un delito punible con multas o encarcelamiento, o ambos.

**Idaho:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar o engañar a cualquier compañía de seguro, presente una declaración que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.

**Indiana:** Una persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa comete un delito.

**Kansas:** Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa puede estar sujeta a procesamiento por fraude y ser culpable de fraude a una aseguradora según lo determine un tribunal.

**Kentucky:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguro u otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete un acto de fraude al seguro, lo cual constituye un delito.

**Louisiana:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o 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.

**Maine:** Es un delito facilitar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir reclusión en prisión, multas y la denegación de beneficios del seguro.

**Maryland:** Cualquier persona que, a sabiendas O voluntariamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o un beneficio, o que, a sabiendas O voluntariamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

**Minnesota:** Cualquier persona que presente una reclamación con la intención de defraudar o que ayude a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

**New Hampshire:** Cualquier persona que, con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguro, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a enjuiciamiento y sanciones por fraude al seguro, según lo dispuesto en la Sección 20 del Capítulo 638 de los Estatutos Revisados Anotados (RSA, por sus siglas en inglés).

**New Jersey:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

**New Mexico:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o 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 civiles y sanciones penales.

**New York:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguro o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho sustancial, comete un acto de fraude al seguro, lo cual constituye un delito, y está sujeta a una multa civil que no superará los cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación por cada infracción.

**Ohio:** Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude al seguro.

**Oklahoma:** ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una reclamación por fondos de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.

**Oregón:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguro u otra persona: (1) presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa; o bien (2) oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, puede haber cometido un acto de fraude al seguro.

**Pennsylvania:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete un acto de seguro fraudulento, el cual constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

**Puerto Rico:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude a presentar o haga presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación para el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito y, luego de ser condenada, será sancionada por cada infracción con una multa que no será inferior a cinco mil dólares (\$5,000) y no será superior a diez mil dólares (\$10,000), o con encarcelamiento durante una cantidad fija de tiempo de tres (3) años, o ambas sanciones. Si existieran circunstancias agravantes, la sanción establecida entonces podría incrementarse a un máximo de cinco (5) años; si existieran circunstancias atenuantes, podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.

**Rhode Island:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o 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 encarcelamiento.

**Tennessee:** Es un delito facilitar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y la denegación de beneficios del seguro.

**Texas:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

**Utah:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente información de suscripción falsa o fraudulenta, presente o haga presentar una reclamación falsa o fraudulenta para compensación por discapacidad o beneficios médicos, o presente un informe o una factura de honorarios de cuidado de la salud u otros servicios profesionales que sean falsos o fraudulentos es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

**Virginia:** Toda persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa ha violado las leyes estatales.

**Washington:** Es un delito facilitar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios del seguro.

**West Virginia:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o 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 encarcelamiento.