

ENVIAR POR CORREO A:
Adventist Risk Management, Inc.
12501 Old Columbia Pike
Silver Spring, MD 20904
Email: claims@adventistrisk.org

Teléfono: (301) 453-7400
FAX (301) 453-7060

NOMBRE DEL GRUPO:

POLICY NUMBER:

INSTRUCCIONES PARA EL TITULAR DE LA PÓLIZA COLECTIVA/EMPLEADOR

Para garantizar el rápido procesamiento de este reclamo, remita el formulario de reclamo al Beneficiario. El empleador/administrador debe completar la PARTE A en su totalidad. Debido a cambios recientes en las leyes impositivas, el Beneficiario deberá completar la PARTE B. Asegúrese de que el Beneficiario complete en su totalidad y firme la PARTE C en el reverso.

Remita este formulario a la dirección que se indica más arriba.

- Además del formulario de reclamo se requieren los siguientes ítems:
- (1) Copia certificada del certificado de defunción final;
 - (2) Formulario de inscripción a beneficios de su empresa y designación de beneficiario;
 - (3) Confirmación de pago de la suma asegurada y la prima actual del empleado;
 - (4) Denuncia policial, informe de autopsia y cualquier recorte de diarios;
 - (5) Si la cobertura es por viaje de trabajo, copia del itinerario del empleado antes del accidente, objetivo del viaje, destino y procedencia del viaje, y confirmación de que el viaje fue autorizado por la empresa.

Todas las preguntas deben responderse. Nos reservamos el derecho a exigir u obtener más información si se considera necesario. Si existe más de un beneficiario, podrán consignarse en una sola declaración, o si se desea, puede presentarse un formulario por separado para cada uno.

PARTE A: INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA COLECTIVA/EMPLEADOR

DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA COLECTIVA/EMPLEADOR

NOMBRE DE LA DIVISIÓN Y DIRECCIÓN			BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL VIGENTE \$	
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADO		FECHA DE CONTRATACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	
FECHA EFECTIVA DE COBERTURA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE FALLECIMIENTO	OCUPACIÓN	
FECHA DE FINALIZACIÓN DE COBERTURA	CLASE DE SEGURO	SALARIO EN LA ÚLTIMA FECHA TRABAJADA (POR HORA/SEMANA/AÑO)	FECHA DE PAGO DE PRIMA A	
ÚLTIMO DÍA DE TRABAJO	ESTADO EN EL ÚLTIMO DÍA DE TRABAJO ☐ ACTIVO ☐ JUBILADO ☐ EXENCIÓN DE PRIMA POR DISCAPACIDAD ☐ LICENCIA APROBADA (EXPLICAR) ☐ OTRO			
EMPLEADO	☐ POR HORA ☐ ASALARIADO ☐ COMISIONADO ☐ OTRO (EXPLICAR)			

SI LOS RELAMOS SON PARA UN DEPENDIENTE, COMPLETAR LO SIGUIENTE:

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL DEPENDIENTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	RELACIÓN	SUMA DEL BENEFICIO
OCUPACIÓN DEL DEPENDIENTE	FECHA DE NACIMIENTO DEL DEPENDIENTE	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	

FIRMA DEL TITULAR DE LA PÓLIZA COLECTIVA/EMPLEADOR

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PRECEDENTE ES VERDADERA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER

FECHA DE LA FIRMA	LUGAR (CIUDAD, ESTADO)	TELÉFONO
TITULAR DE LA PÓLIZA COLECTIVA/EMPLEADOR		POR (SU REPRESENTANTE AUTORIZADO)

PARTE B: INFORMACIÓN IMPOSITIVA IMPORTANTE

Deberá ser completado por el beneficiario

Número de seguro social/NIF

--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del demandante en letra de imprenta o a máquina

Bajo pena de perjurio, certifico: (1) que el número de seguro social/NIF indicado anteriormente es mi número correcto de seguro social o de identificación tributaria.

Asegúrese de completar la Parte C en el reverso

PARTE C: INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Para garantizar un procesamiento rápido, asegúrese de que la siguiente autorización esté firmada por el beneficiario. El formulario de reclamo completo y firmado, junto con el certificado de defunción legalizado, el informe policial, el informe de autopsia y cualquier recorte de diarios deberán remitirse al empleador/administrador.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	RELACIÓN CON EL FALLECIDO	FECHA DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO

NOTA: Si algún beneficiario designado está fallecido, presentar el certificado de defunción legalizado de ese beneficiario. Si el beneficiario es heredero del fallecido, presentar carta de designación de albacea o carta testamentaria certificada y número de identificación tributaria del heredero. Si el beneficiario es menor, suministrar designación oficial de tutor para la herencia del menor, y número de seguro social del menor

¿CUÁNDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE?: (MES, DÍA, AÑO)	HORA ☐ A.M. ☐ P.M.	¿DÓNDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE?: (SI ES CIUDAD O POBLACIÓN, MOSTRAR NÚMERO DE CALLE)
¿CUÁL FUE LA CAUSA DE FALLECIMIENTO?		FECHA DE FALLECIMIENTO (MES, DÍA, AÑO) ADJUNTAR COPIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.
¿CUÁNDO APARECIERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA CAUSA DE FALLECIMIENTO?		
¿CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE? (DESCRIBIR EN DETALLE)		

ENUMERAR TODOS LOS MÉDICOS Y CIRUJANOS QUE ASISTIERON AL FALLECIDO POR ESTAS LESIONES QUE PROVOCARON SU MUERTE			
NOMBRE Y DIRECCIÓN		NOMBRE Y DIRECCIÓN	
ENUMERAR TODOS LOS MEDICOS Y CIRUJANOS QUE ASISTIERON AL FALLECIDO DURANTE LOS ULTIMOS CINCO AÑOS (ESPECIFIQUE LAS ENFERMEDADES).			
NOME	DIRECCIÓN		ENFERMEDAD
NOME	DIRECCIÓN		ENFERMEDAD
ENUMERAR TODOS LOS TESTIGOS DEL ACCIDENTE.			
NOMBRE Y DIRECCIÓN		NOMBRE Y DIRECCIÓN	
ENUMERAR OTRAS COBERTURAS Y SUMAS DE SEGURO DE VIDA DEL FALLECIDO EN VIGENCIA.			
NOMBRE DE LA COMPAÑIA	NUMERO DE POLIZA	FECHA DE VIGENCIA	SUMA DE SEGURO
NOMBRE DE LA COMPAÑIA	NUMERO DE POLIZA	FECHA DE VIGENCIA	SUMA DE SEGURO
¿EL FALLECIDO ALGUNA VEZ INICIO TRAMITES DE DIVORCIO O ESTOS SE INICIARON CONTRA EL FALLECIDO? EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR CUANDO, DÓNDE Y CUAL FUE EL RESULTADO.			

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PRECEDENTE ES VERDADERA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

AUTORIZACIÓN

Yo, el/la que suscribe, autorizo a cualquier hospital u otra institución de atención médica, médico u otro profesional médico, farmacia, organización de apoyo de seguro, organismo del gobierno, tenedor de póliza colectiva, empresa de seguros, asociación, empleador o administrador del plan de beneficios, a suministrar a la compañía de seguros mencionada anteriormente o a sus representantes, cualquier información con respecto a toda lesión o enfermedad sufrida por, la historia clínica de, o cualquier consulta, receta o tratamiento proporcionado a, la persona cuya muerte, lesión, enfermedad o pérdida es el fundamento del reclamo, como también copias de todos los registros médicos u hospitalarios de esa persona, entre ellos la información referida a enfermedad mental y uso de drogas y alcohol, para determinar su elegibilidad para el pago de beneficios bajo el número de póliza indicado anteriormente. Autorizo al tenedor de la póliza colectiva, al empleador o al administrador del plan de beneficios a suministrar información financiera y laboral a la compañía de seguros mencionada anteriormente. Entiendo que esta autorización será válida durante el plazo de cobertura de la póliza identificada anteriormente, y que se considerará que una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original. Entiendo que tanto yo como mi representante autorizado podemos solicitar una copia de esta autorización.

Para demandantes que no residen en California, Nueva York o Pensilvania: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o de un beneficio o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y a la reclusión en prisión.

FIRMA DEL BENEFICIARIO, REPRESENTANTE AUTORIZADO O FAMILIAR MÁS CERCANO	FECHA DE LA FIRMA (MES, DÍA, AÑO)	
DIRECCIÓN DEL FAMILIAR MÁS CERCANO (NÚMERO, CALLE, CIUDAD, ESTADO)	TELÉFONO LABORAL ()	TELÉFONO PARTICULAR ()