



Viaje a corto plazo

ACE Formulario de reclamación por muerte accidental

Adventist Risk Management, Inc.

12501 Old Columbia Pike - Silver Spring, MD 20904

TELÉFONO: 1 (888) 951-4ARM (4276) | FAX: (301) 453-7060

CORREO ELECTRÓNICO: claims@adventistrisk.org

Cómo presentar una reclamación

1. Complete todas las secciones en el formulario de reclamación adjunto.
2. Adjunte los siguientes documentos:
 - Todas las facturas y recibos médicos relacionados con el incidente.
 - Denuncia policial, si corresponde.
 - Recortes de diarios con respecto al incidente, si los hay.
 - Copia del certificado de defunción final.
 - Informe de autopsia.
3. Envíe el formulario de reclamación completo y firmado junto con toda la documentación requerida a:

Adventist Risk Management, Inc.

Claims and Legal Services

12501 Old Columbia Pike, Silver Spring, MD 20904

Correo electrónico: claims@adventistrisk.org

Teléfono: 1 (888) 951-4ARM (4276)

Fax: (301) 453-7060

4. Conserve una copia para sus registros.

Por favor, familiarícese con el resumen de beneficios suministrado por su empleador. En la póliza se indican estipulaciones, limitaciones y exclusiones. ACE Insurance Company toma la determinación final acerca del pago o rechazo de todas las reclamaciones.

UN TASADOR DE RECLAMACIONES SE COMUNICARÁ CON USTED SI SE NECESITA INFORMACIÓN O DOCUMENTACIÓN ADICIONAL.

ENVIAR POR CORREO A :

Claims & Legal Services
Adventist Risk Management
12501 Old Columbia Pike
Silver Spring, MD 20904

Teléfono: (301) 453-7400

Fax: (301) 453-7060

Correo Electrónico: claims@adventistrisk.org

Name of Group:

Policy Number:

Además del formulario de reclamación 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.

Asegurado

Número/s de certificado

Datos del asegurado

Nombre completo

N.º de seguro social

Dirección

Fecha de Nacimiento

Lugar de nacimiento

Fecha de fallecimiento

Ocupación

Nom de l'employeur

Dirección del empleador

Beneficiario

Nombre

Relación con el fallecido

Fecha de nacimiento

N.º de seguro social

Dirección

Teléfono:

Exposiciones sobre el accidente

Fecha del accidente

Lugar

Indique específicamente cómo ocurrió el accidente

¿El accidente ocurrió en el transcurso o durante el trabajo del fallecido?

Sí No En caso afirmativo, ¿se presentó, o se presentará, una reclamación de indemnización a trabajadores? Sí No

Nombre de la aseguradora de indemnización a trabajadores

Dirección

Deberá completarse si la muerte fue consecuencia de un accidente en vehículo de motor

Tipo de vehículo

Dueño registrado

El conductor falleció?

Sí No

Uso del vehículo Trabajo Placer Trabajo y Placer

Nombre del organismo del orden público que investiga el accidente

Dirección

Deberá completarse en todas las reclamaciones

¿Se llevó a cabo un interrogatorio? Sí No En caso afirmativo, complete lo siguiente y adjunte una copia del procedimiento y del veredicto.

Nombre del tribunal donde tuvo lugar la audiencia

Dirección

¿Se realizó una autopsia? Sí No En caso afirmativo, complete lo siguiente y adjunte una copia certificada del informe.

Nombre de la persona que realizó la autopsia	Título
--	--------

Dirección

Primer médico que asistió

P qo dtg:	F k geeløp:

J k vø tlc "enflec" cpvgtkt

äGñhmgkf q'hwg'tcvf q'r qt'cni wpc'gphgo gf cf "gp'wp'r gt'qf q'f g'elpeq'c" qu'cpvgt'f gn'ceekf gpvga

Sí P q Gp'ecuq'chto c'xkq."gpwo gt'lu'bo ²f lequ'tc'cpvgt'c'eqvøwceløp

1	P qo dtg	F k geeløp
	Gphgo gf cf	Hgej cu'f g'tcvco lgpvq
2	P qo dtg	F k geeløp
	Gphgo gf cf	Hgej cu'f g'tcvco lgpvq
3	P qo dtg	F k geeløp
	Gphgo gf cf	Hgej cu'f g'tcvco lgpvq

Qvq'ugi vtq'uidtg'rc'xkf c'f gn'hcmgkf q

Nombre de la empresa	Dirección	Suma
Nombre de la empresa	Dirección	Suma
Nombre de la empresa	Dirección	Suma
Nombre de la empresa	Dirección	Suma

Mediante mi firma a continuación, por la presente certifico que estas declaraciones y respuestas son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender

Firma del beneficiario/solicitante	Fecha
------------------------------------	-------

Dirección

Autorizo a cualquier médico, profesional médico, hospital, clínica, cualquier otro centro médico relacionado, compañía de seguros o reaseguros, agencia de informes de crédito, empleador u otra entidad que posee información sobre el diagnóstico o el tratamiento de cualquier condición física o médica o tratamiento o que tiene cualquier información no médica sobre _____, fallecido, suministrar a ACE American Insurance Company o a su representante legal, cualquier información con el objetivo de evaluar una reclamación de beneficios.

Entiendo que ACE American Insurance Company utilizará la información obtenida mediante esta autorización con el fin de determinar la elegibilidad de beneficios conforme a la póliza que cubría al fallecido. ACE American Insurance Company no divulgará ninguna información obtenida a ninguna persona u organización, excepto a compañías de reaseguros, tenedores de pólizas u otras personas u organizaciones que realizan negocios o suministran servicios legales en relación con mi reclamación, o según lo requiera o permita la ley, o conforme yo extienda mi autorización.

Estoy de acuerdo en que una copia fotográfica de esta autorización tendrá la misma validez que el original. Estoy de acuerdo en que esta autorización será válida durante dos años a partir de la fecha indicada a continuación.

Entiendo que tanto yo como mi representante autorizado podemos solicitar una copia de esta autorización.

Entiendo que tanto yo como mi representante autorizado podemos revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a la compañía de seguros referida a mi intención de revocar.

Firma del asegurado, representante autorizado, beneficiario o familiar más cercano:	Fecha
---	-------

Dirección:

Advertencias de fraude: Algunos estados requieren que se incluya una declaración sobre fraude específica exigida por el estado en todos los formularios de reclamación, mientras que otros estados utilizan una declaración de fraude general. ACE USA Accident & Health ha adoptado como declaración de fraude estándar la declaración de advertencia sobre fraude establecida por el Distrito de Columbia. A menos que se indique de otra manera a continuación, esta declaración deberá incluirse en todos los formularios de reclamación, solicitudes y formularios de inscripción.

Advertencia genérica del Distrito de Columbia:

Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía de seguros o a otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una compañía de seguros puede denegar beneficios de seguro si el solicitante proporcionó información esencialmente falsa relacionada con una reclamación.

Los siguientes estados nos han exigido que utilicemos declaraciones específicas del estado:

California

Para su protección, la ley de California exige que el siguiente texto aparezca en este formulario:

Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en la prisión estatal.

Colorado

Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden consistir en arresto, multas, denegación del seguro e indemnizaciones por daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o demandante, con el propósito de defraudarlos o intentar defraudarlos con respecto a una concesión o un acuerdo pagadero con las recaudaciones del seguro, será denunciado a la División de Seguros de Colorado, dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

Florida

Toda persona que, conscientemente y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presenta una declaración de reclamación o una solicitud que contiene información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

Nueva York

Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho de dicha reclamación, comete un acto fraudulento de seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente está sujeta a sanciones civiles que no exceden los \$5.000 y el valor establecido de la reclamación para cada una de dichas violaciones.

Oklahoma

Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una reclamación por las recaudaciones de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Pensilvania

Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicha reclamación, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

Maryland/Oregon

Toda persona que, con intención de defraudar o consciente de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presenta una solicitud o reclamación que contenga declaraciones falsas o engañosas es culpable de fraude al seguro.

Virginia

Toda persona que, con intención de defraudar o consciente de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presenta una solicitud o reclamación que contenga declaraciones falsas o engañosas, puede haber violado la ley estatal.