



Envíe el reclamo por correo a:  
PAI, P.O. Box 6702, Columbia, SC 29260-6702

# Formulario de reclamo por muerte accidental

Envíe por correo los reclamos a PAI, P.O. Box 6702, Columbia, SC 29260-6702

## Sección 1. Declaración del empleador

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento del empleado: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social del empleado (SSN): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Nombre del fallecido: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo nombre

Fecha de la muerte: \_\_\_\_\_ Relación del fallecido con el empleado: \_\_\_\_\_

# de póliza de grupo de 4 Ever Life Insurance Company: \_\_\_\_\_ Número del certificado: \_\_\_\_\_  
Anexe el certificado del grupo (si no es reclamo de un dependiente)

Fecha efectiva de la póliza de grupo de 4 Ever Life Insurance Company para el empleado: \_\_\_\_\_ Fecha en la que se pagó la prima: \_\_\_\_\_

Dependiente: \_\_\_\_\_

Fecha de empleo: \_\_\_\_\_ Ocupación del empleado: \_\_\_\_\_

¿El empleado estaba en el trabajo en la fecha efectiva de cobertura indicada?  Sí  No

Cantidad del seguro: AD&D (Seguro por muerte accidental y pérdida de miembros): \$ \_\_\_\_\_

Cantidad: \$ \_\_\_\_\_ Por  hora  semana  mes  año

Fecha en que el empleado se reportó a trabajar por última vez: \_\_\_\_\_

Razón por la que el empleado dejó de trabajar:  Murió  Enfermedad  Lesión  Otro: \_\_\_\_\_

Despido temporal  Despido definitivo  Vacaciones  Fecha de retiro: \_\_\_\_\_

Certifico que, según nuestros registros, la información anterior es correcta. La información anterior, los documentos relacionados y las declaraciones de todos los médicos que atendieron o trataron al fallecido y el resto de los documentos requeridos serán parte de las pruebas del reclamo. La entrega de este formulario y de otros relacionados no es una admisión de que el seguro era efectivo en la fecha de la muerte ni una renuncia a derechos o defensas.

Nombre del Empleador/Compañía: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo nombre

## Sección 2. Declaración del beneficiario

- Si hay más de un beneficiario, cada beneficiario debe completar una copia de esta sección.
- Por lo menos un beneficiario debe completar la Autorización.
- Se debe anexar una copia del certificado de defunción al formulario completado.
- Si el reclamo también se hace por los beneficios del Seguro por muerte accidental, el beneficiario debe completar el reverso del formulario.

Nombre completo del beneficiario: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo nombre

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono en el día: \_\_\_\_\_ Relación con el fallecido: \_\_\_\_\_

¿Preguntas? Llame a la Línea de servicio al cliente de Medical StaffCARE, 1-866-798-0803, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8:00 p.m. tiempo del Este. Hay una línea telefónica en que lo pueden ayudar con traducción a la mayoría de los idiomas.



Envíe el reclamo por correo a:  
PAI, P.O. Box 6702, Columbia, SC 29260-6702

### Nota importante sobre impuestos

Las leyes tributarias federales requieren que la Compañía le pida que certifique su Número de identificación tributaria (TIN) y que lo incluya en los informes de ingresos sujetos a impuestos que hace al IRS. Si usted es una persona física, su Número de Seguro Social será su Número de identificación tributaria.

Certificación: Certifico que no estoy sujeto a la retención de fondos para pago de impuestos (Sección 3406(a)(1)(c) del Código de Rentas Internas), y que vivo en EE.UU. (incluyendo residentes legales). También certifico que el Número de identificación tributaria (TIN) que aparece en este formulario es verdadero, correcto y completo.

El Servicio de Rentas Internas (IRS) no requiere que usted esté de acuerdo con las provisiones de este documento, excepto con la certificación requerida para la retención de fondos para pago de impuestos.

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

### Sección 3. Autorización

**Instrucciones para la autorización:** La persona asegurada debe completar y firmar la autorización. Si la persona asegurada no puede firmar, la autorización la debe completar y firmar el guardián legal o el familiar más cercano.

A los proveedores de atención médica:

Usted está autorizando que Planned Administrators, Inc., el Administrador de terceros y todo representante autorizado vean y obtengan copias de todos los registros de los servicios de atención médica prestados, la asesoría sobre atención médica, los tratamientos y suministros provistos al paciente, incluyendo la información relacionada a enfermedades mentales, tratamiento para drogas o alcohol, VIH o SIDA. La información provista solo se usará para cuestiones relacionadas a la evaluación del pago de reclamos de beneficios.

Comprendo que la información obtenida sólo la usará Planned Administrators, Inc. para determinar la elegibilidad para el seguro y beneficios reclamados bajo esta póliza. Doy mi permiso para que esta información se divulgue a las compañías reaseguradoras, a la Oficina de Información Médica y a las personas u organizaciones que presten servicios comerciales o legales relacionados a mi reclamo y a quienes lo requieran las leyes. Esta información no será divulgada, vendida, transferida ni comunicada sin mi consentimiento a personas que no se hayan especificado en este formulario. Entiendo que esta autorización se puede revocar enviando una nota por escrito a Planned Administrators, Inc., pero esta revocación no se aplicará a la información ya divulgada. Si no se revoca, esta autorización será válida mientras el reclamo esté pendiente pero no excederá un periodo de dos años a partir de la fecha que está abajo. Sé que puedo solicitar una copia de esta autorización. Estoy de acuerdo en que una copia fotostática de esta autorización será tan válida como el original.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el asegurado si firma alguien que no es el asegurado.

(Si quien firma no es el asegurado, escriba con letra de imprenta su nombre y dirección e incluya documentos que muestren que es el guardián legal o evidencias de que lo representa legalmente.)

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Dirección

### Sección 4. Declaración del beneficiario del Seguro por muerte accidental

Anexe artículos del periódico, reportes de accidentes, reportes de autopsia y otra documentación que respalde su reclamo. También debe dar la información siguiente:

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo nombre

Dirección del asegurado: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Ocupación del asegurado al momento de la muerte: \_\_\_\_\_ Fecha de empleo en este lugar: \_\_\_\_\_

Fecha y hora del accidente que causó la muerte: \_\_\_\_\_  A.M.  P.M.

Fecha y hora de la muerte: \_\_\_\_\_  A.M.  P.M.

**¿Preguntas?** Llame a la Línea de servicio al cliente de Medical StaffCARE, 1-866-798-0803, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8:00 p.m. tiempo del Este. Hay una línea telefónica en que lo pueden ayudar con traducción a la mayoría de los idiomas.



Envíe el reclamo por correo a:  
PAI, P.O. Box 6702, Columbia, SC 29260-6702

Lugar del accidente:  Trabajo  Recreación  Carretera  Casa  Otro: \_\_\_\_\_

Describe el accidente con detalle: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Escriba el nombre y la dirección de los testigos (anexe una hoja si es necesario).

Nombre Dirección

\_\_\_\_\_

Si fue un accidente de auto, el asegurado era:  El chofer del vehículo  Pasajero  Peatón

¿Este accidente ocurrió durante la ocupación usual del asegurado?  Sí  No

Si contestó "Sí", ¿se hizo un reclamo de compensación por accidentes de trabajo?  Sí  No

¿Qué lesiones se sufrieron? \_\_\_\_\_

¿Se dieron primeros auxilios inmediatamente?  Sí  No Si contestó "Sí", dé el nombre y dirección de:

Doctor: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

¿El accidente se reportó a la policía o a una agencia oficial?  Sí  No Si contestó "Sí", dé el nombre y dirección del departamento o agencia: \_\_\_\_\_

¿Se hizo autopsia?  Sí  No Si contestó "Sí", anexe una copia del reporte. Si NO se anexa una copia, conteste lo siguiente:

La autopsia fue hecha por: \_\_\_\_\_ Fecha en que se hizo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Nombres y direcciones de todos los doctores y proveedores médicos que trataron al asegurado los últimos tres años:

Nombre	Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código postal)	Fecha de tratamiento	Padecimiento tratado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Con qué compañías y por cuánto estaba asegurada la vida del fallecido?

Nombre de la compañía Fecha de la póliza Cantidad ¿Beneficios por muerte accidental?

\_\_\_\_\_  Sí  No

\_\_\_\_\_  Sí  No

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

¿Preguntas? Llame a la Línea de servicio al cliente de Medical StaffCARE, 1-866-798-0803, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8:00 p.m. tiempo del Este. Hay una línea telefónica en que lo pueden ayudar con traducción a la mayoría de los idiomas.

# Formulario de reclamo por pérdida accidental de miembros

Al entregar este formulario e investigar el reclamo, la Compañía no admite responsabilidad legal ni renuncia a sus derechos o defensas.

## Sección 1. LA DEBE COMPLETAR EL EMPLEADOR O EL ADMINISTRADOR DEL PLAN

Número de póliza de grupo de 4 Ever Life Insurance Company:		Número del certificado:		Número de Seguro Social:	
El reclamo es por el: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Dependiente		Nombre:		Relación con el asegurado:	
Nombre del asegurado:			Título del trabajo:		Último día en el trabajo:
Dirección:			Fecha de nacimiento	Mes	Día Año
Clasificación del seguro	Fecha efectiva del último aumento de beneficios	¿Ya terminó el seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si dijo "Sí", dé la fecha:	
Cantidad total del seguro por pérdida accidental de miembros \$		Cantidad de este reclamo \$		<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 50%	
¿La pérdida se debe a un accidente de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si contestó "Sí", ¿se hizo un reclamo de compensación a los trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre de la compañía de compensación a los trabajadores:		Dirección:			
<p>Certifico que, según nuestros registros, la información anterior es correcta. La información anterior, los documentos relacionados y las declaraciones de todos los médicos que atendieron o trataron a la persona que presentó el reclamo y el resto de los documentos requeridos serán parte de las pruebas del reclamo. La entrega de este formulario y de otros relacionados no es una admisión de que el seguro era efectivo en la fecha de la Pérdida de miembros ni una renuncia a derechos o defensas.</p>					
Empleador/Administrador del plan: _____		Dirección _____			
Teléfono _____ Extensión _____		Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____			
Fecha _____		Email _____			
Por _____ <i>Título y nombre en letra de imprenta del representante autorizado (se requiere)</i>		Firma del representante autorizado (se requiere)			

## Sección 2. LA DEBE COMPLETAR EL EMPLEADO, EL MIEMBRO O EL DEPENDIENTE

Fecha del accidente:	Hora del accidente: <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	Lugar del accidente:
Describa lo que sucedió:		¿Qué lesiones se sufrieron?

**¿Preguntas?** Llame a la Línea de servicio al cliente de Medical StaffCARE, 1-866-798-0803, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8:00 p.m. tiempo del Este. Hay una línea telefónica en que lo pueden ayudar con traducción a la mayoría de los idiomas.

¿Se dieron primeros auxilios inmediatamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó "Sí", describa abajo:		
<u>Nombre y dirección del doctor</u>	<u>Nombre y dirección del hospital</u>	<u>Nombre y dirección de otra institución médica</u>
¿El accidente se reportó a la policía o a otra agencia oficial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si contestó "Sí", dé el nombre y dirección de la agencia oficial:
Nombre y dirección de los testigos:		
¿Tiene otro seguro que ofrezca beneficios por pérdida de miembros o de la vista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contestó "Sí", dé el nombre de la otra compañía:	# de póliza:
Nombre de la aseguradora de autos, si la pérdida se debe a un accidente de auto:		
Fecha	Firma del empleado, el miembro o el dependiente	

### Sección 3. Autorización - LA DEBE FIRMAR EL EMPLEADO, EL MIEMBRO O EL DEPENDIENTE

Instrucciones: El empleado, el miembro o el dependiente debe completar y firmar la autorización. Si el empleado, el miembro o el dependiente no puede firmar, la autorización la debe completar y firmar el guardián legal o el familiar más cercano.

A los proveedores de atención médica:

Usted está autorizando que Planned Administrators, Inc., el Administrador de terceros y todo representante autorizado vean y obtengan copias de todos los registros de los servicios de atención médica prestados, la asesoría sobre atención médica, los tratamientos y suministros provistos al paciente, incluyendo la información relacionada a enfermedades mentales, tratamiento para drogas o alcohol, VIH o SIDA. La información provista solo se usará para cuestiones relacionadas a la evaluación del pago de reclamos de beneficios.

Comprendo que la información obtenida sólo la usará Planned Administrators, Inc. para determinar la elegibilidad para el seguro y beneficios reclamados bajo esta póliza. Doy mi permiso para que esta información se divulgue a las compañías reaseguradoras, a la Oficina de Información Médica y a las personas u organizaciones que presten servicios comerciales o legales relacionados a mi reclamo y a quienes lo requieran las leyes. Esta información no será divulgada, vendida, transferida ni comunicada sin mi consentimiento a personas que no se hayan especificado en este formulario. Entiendo que esta autorización se puede revocar enviando una nota por escrito a Planned Administrators, Inc., pero esta revocación no se aplicará a la información ya divulgada. Si no se revoca, esta autorización será válida mientras el reclamo esté pendiente pero no excederá un período de dos años a partir de la fecha que está abajo. Sé que puedo solicitar una copia de esta autorización. Estoy de acuerdo en que una copia fotostática de esta autorización será tan válida como el original.

**Toda persona que deliberadamente y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una aseguradora o a otra persona envíe una solicitud de seguro o una declaración de reclamo con información falsa, incompleta o engañosa podría estar cometiendo un delito y podría estar sujeta a cargos civiles o criminales.**

Fecha:	Firma:	Relación con el asegurado si firma alguien que no es el asegurado:
--------	--------	--

**¿Preguntas?** Llame a la Línea de servicio al cliente de Medical StaffCARE, 1-866-798-0803, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8:00 p.m. tiempo del Este. Hay una línea telefónica en que lo pueden ayudar con traducción a la mayoría de los idiomas.

## Advertencias sobre fraudes

**Alabama:** Toda persona que deliberadamente haga un reclamo falso o fraudulento para que le paguen una pérdida o un beneficio o que deliberadamente ponga información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podría estar sujeta a restituir lo que recibió, a multas y a cárcel, o a una combinación de estas penas.

**Alaska:** LAS LEYES DE ALASKA REQUIEREN QUE LE INFORMEMOS LO SIGUIENTE: Toda persona que, con la intención de dañar, defraudar o engañar a una aseguradora, haga un reclamo con información falsa, incompleta o engañosa podría ser enjuiciada bajo las leyes estatales.

**Arizona:** Para protegerle a usted, las leyes de **Arizona** requieren que la declaración siguiente aparezca en este formulario: Toda persona que deliberadamente haga un reclamo falso o **fraudulento** para que le paguen una pérdida quedará sujeta a penalidades civiles y criminales. Entre las penalidades se incluyen cárcel, multas, negaciones de **seguro** y daños civiles.

**California:** Para protegerle a usted, las leyes de California requieren que lo siguiente esté en este formulario. Toda persona que deliberadamente haga un reclamo falso o fraudulento para que le paguen una pérdida será culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y a encarcelamiento en una prisión estatal.

**Colorado:** Es un acto ilegal dar información o datos falsos, incompletos o engañosos deliberadamente a una aseguradora con el propósito de cometer fraude o de intentar defraudar a la compañía. Entre las penalidades se incluyen cárcel, multas, negación de seguro y daños civiles. Las aseguradoras y los agentes de aseguradoras que den información o datos falsos, incompletos o engañosos deliberadamente a los asegurados o a quienes presentan reclamos con el propósito de defraudar o de intentar defraudarlos en relación con el pago de una conciliación o de una recompensa otorgada por la aseguradora, se deben reportar a "Division of Insurance" del "Department of Regulatory Agencies" de Colorado.

**Delaware, Idaho, Indiana y Oklahoma:** Toda persona que deliberadamente, y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a una aseguradora, haga un reclamo con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un delito grave.

**Distrito de Columbia: ADVERTENCIA:** Es un delito dar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a otra persona. Entre las penalidades se incluyen cárcel y/o multas. Además, las aseguradoras podrían negarle los beneficios del seguro, si el solicitante da información falsa para el reclamo.

**Florida:** Toda persona que deliberadamente, y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una aseguradora, haga un reclamo con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un delito grave en tercer grado.

**Kansas:** Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a una aseguradora o a otra persona, haga una declaración por escrito como parte de una solicitud de seguro, la calificación de una política de seguro o una declaración de reclamo, con información falsa o, que con el propósito de engañar, oculte información sobre los hechos materiales, podría haber defraudado una aseguradora.

**Kentucky:** Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a una aseguradora o a otra persona, haga un reclamo con información falsa o, que con el propósito de engañar, oculte información relacionada a los hechos materiales, comete un acto de fraude a una aseguradora, lo cual es un delito.

**Maine:** Es un delito dar información falsa, incompleta o engañosa deliberadamente a una aseguradora con el propósito de defraudar a la compañía. Entre las penalidades se incluyen cárcel, multas y negación de los beneficios del seguro.

**Minnesota:** Las personas que hagan un reclamo con la intención de cometer un fraude o que ayuden a defraudar a una aseguradora serán culpables de un delito.

**New Hampshire:** Toda persona que, con la intención de dañar, defraudar o engañar a una aseguradora, haga una declaración de reclamo con información falsa, incompleta o engañosa estará sujeta a cargos y castigos por defraudar a una aseguradora, según se indica en la sección RSA 638:20.

**New Jersey:** Toda persona que deliberadamente haga un reclamo con información falsa o engañosa quedará sujeta a penas civiles y criminales.

**New Mexico:** Toda persona que deliberadamente haga un reclamo falso o fraudulento para que le paguen una pérdida o un beneficio o que deliberadamente ponga información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podría estar sujeta a multas civiles y penalidades criminales.

**New York:** Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a una aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo con información falsa o, con el propósito de engañar, oculte información relacionada a los hechos materiales, comete un acto de fraude contra la aseguradora, lo cual es un delito y quedará sujeta a penas civiles que no serán mayores a cinco mil dólares y al valor declarado del reclamo por cada una de estas violaciones.

**Oregon:** Toda persona que, con la deliberada intención de defraudar o consciente de que está contribuyendo a defraudar a una aseguradora, haga una solicitud o un reclamo con información falsa o engañosa, podría ser culpable de fraude contra la aseguradora.

**Pennsylvania:** Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a una aseguradora o a otra persona, haga una solicitud de seguro o una declaración de reclamo, con información falsa o, con el propósito de engañar oculte información sobre los hechos materiales, comete un acto de fraude contra una aseguradora, lo cual es un delito y queda sujeta a cargos civiles o criminales.

**Puerto Rico:** Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar, incluya información falsa en un archivo o solicitud de seguro, ayude o encubra en la presentación de un reclamo fraudulento para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio, o presente más de un reclamo por la misma pérdida o daño, comete un delito y, si lo encuentran culpable, será castigado por cada delito con una multa mayor a cinco mil dólares (\$5,000), sin sobrepasar diez mil dólares (\$10,000); o será encarcelado por un período fijo de tres (3) años, o ambas penalidades. Si hay circunstancias agravantes, el período fijo de cárcel podría subir a un máximo de cinco (5) años; y si hay circunstancias mitigantes, la cárcel podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.

**Tennessee, Virginia y Washington:** Es un delito dar información falsa, incompleta, o engañosa deliberadamente a una aseguradora con el propósito de defraudar a la compañía. Las penalidades incluyen cárcel, multas y negación de los beneficios del seguro.

**Otros estados no mencionados:** Toda persona que deliberadamente haga un reclamo falso o fraudulento para que le paguen una pérdida o un beneficio, o que deliberadamente ponga información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y a cárcel.

**¿Preguntas?** Llame a la Línea de servicio al cliente de Medical StaffCARE, 1-866-798-0803, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8:00 p.m. tiempo del Este. Hay una línea telefónica en que lo pueden ayudar con traducción a la mayoría de los idiomas.