

A fin de garantizar el procesamiento correcto y oportuno del reclamo de seguro de vida, *incluya la información siguiente con la presentación de su reclamo:*

- **Formulario de reclamo de prueba de defunción:** Completado y firmado por el empleador/representante autorizado del empleador. (El asegurado/empleado o el beneficiario no pueden completar ni firmar el formulario de reclamo de prueba de defunción).
- **Certificado de defunción:** *Copia certificada* del Certificado de defunción, incluida la causa y el modo de muerte (no se requiere el certificado de defunción original, una *copia* enviada por fax es suficiente).
- **Designación del beneficiario:** Formulario de designación de beneficiario más *actual*, tarjeta o captura de pantalla electrónica que nombra a los beneficiarios del asegurado. Esta designación debe estar registrada con el empleador o Aetna.

¿Alguna pregunta?

Estamos aquí si nos necesita. Puede llamar a nuestro Centro de Servicios al Cliente sin cargo al **1-888-772-9682**. Estamos felices de ayudarlo. El horario de atención de nuestro Centro de Servicios al Cliente es de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m., ET.



Lista de verificación de la presentación de reclamo de seguro de vida

Aetna Voluntary Plans
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079
Teléfono: 1-888-772-9682
FAX: 1-859-455-8650

Recordatorios de formulario de prueba de defunción

- Formulario de reclamo de prueba de defunción (*todas las secciones completadas y firmadas por el empleador/representante autorizado del empleador*)
 - Última fecha de trabajo efectivo y motivo de la última fecha de trabajo efectivo
 - Si correspondían reducciones de edad, ¿las factorizó en el cálculo del beneficio?

Recordatorios de certificado de defunción

- Copia certificada del **certificado de defunción** del asegurado/dependiente (*con la causa y el modo de muerte*)

Recordatorios de formulario/tarjeta/impresión de pantalla de designación de beneficiario

- Formulario de designación de beneficiario más reciente
- Si el beneficiario es un **hijo menor de edad**, proporcione: una copia del certificado de nacimiento y la tarjeta de Seguro Social
- Si el **beneficiario designado ha muerto**, proporcione: una copia del certificado de defunción del beneficiario
- Si **no se ha nombrado a ningún beneficiario o si ningún beneficiario sobrevive al asegurado** y su póliza estipula el pago a los familiares más cercanos, envíe: declaración Jurada de Aetna de únicos sobrevivientes completado por un representante de la familia y certificada por notario

Si el **beneficiario es el patrimonio del asegurado**, proporcione:

- Cartas de administración/testamentarias (papeles judiciales que nombran al administrador/albacea) junto con el EIN del patrimonio (Número de identificación fiscal del patrimonio)

Si el **beneficiario es un fideicomiso**, proporcione:

- Copia del fideicomiso, cualquier modificación al fideicomiso y el número de identificación fiscal del fideicomiso (si se dispone del TIN)

Recordatorios de muerte accidental

Si se están reclamando los beneficios de **muerte accidental**, presente lo siguiente:

- informe policial/del accidente, informe de autopsia artículos de periódico disponibles sobre el accidente
- informe de toxicología (no se requiere si el fallecido era un *pasajero* en un accidente automovilístico)



Prueba de defunción

Solicitud de Seguro de vida de grupo y
Beneficio de muerte accidental de grupo

Envíe este reclamo por fax o

correo a:

Aetna Voluntary Plans
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079
Teléfono: 1-888-772-9682
FAX: 1-859-455-8650

Uso interno	
Código de categoría	LSTD
Código de oficina	039

A. Información sobre el difunto (complete todas las secciones)

Nombre del difunto (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Si el difunto es conocido por otro nombre, proporcione el nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			
Relación con el empleado	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Fecha de defunción (MM/DD/AAAA)	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Último domicilio: Calle		Ciudad	Estado	Código postal	

B. Información sobre el empleado (complete todas las secciones)

Nombre del empleado (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Número de Seguro Social del empleado		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Último domicilio: Calle		Ciudad	Estado	Código postal	
Fecha de empleo (MM/DD/AAAA)	Nombre/número de la ubicación del trabajo			Última fecha de trabajo efectivo (MM/DD/AAAA)	
Motivo por el que el empleado no regresó al trabajo después de la última fecha de trabajo efectivo . <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Enfermedad/lesión del propio empleado <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> No corresponde (muerte de dependiente) <input type="checkbox"/> Otro: _____					
¿Quién informó esta muerte? Información de contacto de la persona que informó esta muerte. (Si el empleado informó la muerte del dependiente, ingrese "ver la sección B anterior"). Nombre y relación: _____ Dirección, número de teléfono, correo electrónico: _____					

C. Información de contacto del empleador (complete todas las secciones)

Nombre de la empresa del empleador		Nombre de contacto/remite del representante del empleador			
Dirección del empleador		Correo electrónico del representante del empleador			
Número de teléfono y extensión directa del empleador		Ciudad, estado y código postal		Número de fax del empleador	

D. Información sobre la cobertura del empleado (complete todas las secciones que correspondan)

Coberturas para las cuales los beneficios están vigentes y se reclaman:						
Cobertura de grupo	Número de control (6 dígitos)	Sufijo (2 dígitos)	Cuenta (3 dígitos)	Plan (2 dígitos)	Fecha de entrada en vigor del seguro del empleado (MM/DD/AAAA)	Monto del seguro vigente a partir de la última fecha de trabajo
<input type="checkbox"/> Vida del empleado	_____	_____	_____	_____	/ /	\$ _____
<input type="checkbox"/> Vida del dependiente	_____	_____	_____	_____	/ /	\$ _____
<input type="checkbox"/> Muerte accidental	_____	_____	_____	_____	/ /	\$ _____
<input type="checkbox"/> Muerte accidental suplementaria	_____	_____	_____	_____	/ /	\$ _____
¿Las primas se pagaron hasta la fecha de la defunción por cobertura contributiva para este asegurado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Si el seguro no está en vigencia, dar fecha y motivo de suspensión.						
Otros comentarios:						

Información del difunto

Uso interno:

Uso interno	
Código de categoría	VPCF
Código de oficina	039

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Código de categoría: LSTD
Número de Seguro Social	Código de oficina: 039

E. Información sobre los beneficiarios

¿Tiene registrada la designación de beneficiario de seguro de vida? Esta designación de beneficiario debe estar registrada con el empleador o Aetna. En caso contrario, comuníquese con Aetna para explicarlo.

Sí No

Si responde que sí, envíe una copia de la designación más reciente.

	Beneficiario n.º 1.	Beneficiario n.º 2.	Beneficiario n.º 3.
Nombre	_____	_____	_____
Dirección	_____	_____	_____
Dirección 2	_____	_____	_____
Ciudad	_____	_____	_____
Estado/código postal	_____	_____	_____
Número de Seguro Social	_____	_____	_____
Relación con el empleado	_____	_____	_____
Fecha de nacimiento	_____	_____	_____
Número particular	_____	_____	_____
Numero de celular	_____	_____	_____
Número de trabajo	_____	_____	_____

	Beneficiario n.º 4.	Beneficiario n.º 5.	Beneficiario n.º 6.
Nombre	_____	_____	_____
Dirección	_____	_____	_____
Dirección 2	_____	_____	_____
Ciudad	_____	_____	_____
Estado/código postal	_____	_____	_____
Número de Seguro Social	_____	_____	_____
Relación con el empleado	_____	_____	_____
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	_____	_____	_____
Número particular	_____	_____	_____
Numero de celular	_____	_____	_____
Número de trabajo	_____	_____	_____

¿Se asignó funeraria/cementerio o se reasignó funeraria/cementerio? (La asignación de funeraria/cementerio debe incluir el nombre y el número de control/póliza de Aetna.)

Sí No

Si responde que sí, envíe copia de la asignación de funeraria.

Indique el nombre, dirección, teléfono y número de identificación fiscal (si está disponible) de la funeraria:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

¿La titularidad de la póliza de seguro de vida se ha asignado a otra parte interesada (*esto no significa una asignación de funeraria*)? (Si responde que sí, envíe una copia de la asignación de titularidad.)

Sí No

F. Instrucciones de distribución de beneficios

Devuelva el pago del beneficio directamente a:

Beneficiario(s) Otro _____ Empleador (talonario de cheques solo para el beneficiario)

G. Sección de comentarios/Explicación del cálculo de beneficios

****Recordatorio****

Envíe el formulario de prueba de defunción completo, el certificado de defunción, la designación del beneficiario (si corresponde) y la información de inscripción (si corresponde) a fin de garantizar el procesamiento oportuno del reclamo.

Información del difunto

Uso interno:

Uso interno	
Código de categoría	VPC F
Código de oficina	039

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Código de categoría: LSTD
Número de Seguro Social	Código de oficina: 039

H. Representante autorizado del empleador

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, a fin de engañar, oculte información con respecto a cualquier hecho esencial de dicho documento, comete el delito de acto de fraude al seguro, por lo que queda sujeta a sanciones penales y civiles.

Atención, residentes de Alabama: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o reclusión en prisión, o cualquier combinación de ambas. **Atención, residentes de Arkansas, District of Columbia, Rhode Island y West Virginia:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o 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 reclusión en prisión. **Atención, residentes de California:** Para su protección, la ley de California exige que este formulario contenga el siguiente aviso: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión. **Atención, residentes de Colorado:** Es ilegal proporcionar a sabiendas información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de cometer fraude o tratar de cometer fraude en perjuicio de la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguros y daños civiles. 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 reclamante con el fin de cometer fraude o intentar cometer fraude contra el titular de la póliza o reclamante con respecto a un acuerdo o laudo pagadero del rédito del seguro será denunciado ante la división de seguros de Colorado dentro del departamento de las agencias reguladoras. **Atención, residentes de Florida:** Toda persona que, a sabiendas, y con intención de perjudicar, cometer fraude o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave de tercer grado. **Atención, residentes de Kansas:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros o a otra persona, presente un formulario de inscripción para el seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, a fin de engañar, oculte información con respecto a cualquier hecho esencial de dicho documento, puede haber violado la ley estatal. **Atención, residentes de Kentucky:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude en perjuicio de una compañía de seguros u otra persona, presente una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho esencial de la misma, comete un acto de fraude al seguro, lo que constituye un delito. **Atención, residentes de Louisiana:** Toda persona que, a sabiendas, presenta un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas, presenta información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión. **Atención, residentes de Maine y Tennessee:** Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de cometer fraude a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o denegación de beneficios de seguro. **Atención, residentes de Maryland:** Toda persona que a sabiendas o deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión. **Atención, residentes de Missouri:** Es delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de cometer fraude a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles, según lo determine un tribunal. Toda persona que, a sabiendas, tenga la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros puede ser culpable de fraude según lo determinado por un tribunal de justicia. **Atención, residentes de New Jersey:** Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de póliza de seguro o que, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa, está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de North Carolina:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, a fin de engañar, oculte información con respecto a cualquier hecho esencial de dicho documento, comete un acto de fraude al seguro, que puede ser un delito, por lo que queda sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Ohio:** Toda persona que, con la intención de cometer fraude o sabiendo que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros. **Atención, residentes de Oklahoma:** ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, cometer fraude o engañar a una compañía de seguros presente un reclamo para obtener los beneficios de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave. **Atención, residentes de Oregon:** Toda persona que, con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros o a otra persona, presente un formulario de inscripción para el seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, a fin de engañar, oculte información con respecto a cualquier hecho esencial de dicho documento, puede haber violado la ley estatal. **Atención, residentes de Pennsylvania:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude en perjuicio de una compañía de seguros u otra persona presenta una solicitud para el seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa, o que oculte información con respecto a cualquier hecho esencial con el objeto de engañar, comete el delito de fraude a la aseguradora, y esa persona queda sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Puerto Rico:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude incluya información falsa en una solicitud de seguro o presenta, ayuda o incita en la presentación de 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, comete un delito grave y si se determina que es culpable será castigada por cada infracción con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5,000), que no exceda los diez mil dólares (\$10,000); o será encarcelada por un período fijo de tres (3) años, o ambos. Si existen circunstancias agravantes, el período fijo de cárcel podrá aumentarse hasta un máximo de cinco (5) años; y si existen circunstancias atenuantes, el período de prisión podrá reducirse a un mínimo de dos (2) años. **Atención, residentes de Texas:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que intencionalmente contenga falsedades sobre hechos o que, a fin de engañar, oculte información con respecto a cualquier hecho esencial de dicho documento, comete un acto de fraude al seguro, que puede ser un delito, por lo que queda sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Vermont:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, a fin de engañar, oculte información con respecto a cualquier hecho esencial de dicho documento, comete un acto de fraude al seguro, que puede ser un delito, por lo que queda sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Virginia:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, a fin de engañar, oculte información con respecto a cualquier hecho esencial de dicho documento, comete el delito de acto de fraude, por lo que queda sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Washington:** Es delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de cometer fraude a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro. **Atención, residentes de New York, la siguiente declaración solo corresponde a su cobertura de AD&D:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud para el seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, con el objeto de engañar, oculte información con respecto a cualquier hecho material de ese documento, comete fraude a la aseguradora, que es un delito, y estará sujeta a una sanción civil que no debe exceder los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo para cada infracción.

Nombre del representante del empleador: _____
 Firma del representante del empleador: _____
 Fecha (MM/DD/AAAA): _____ Número de teléfono y extensión del empleador: _____

Aviso contra la discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata a las personas diferentes por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Aetna brinda servicios y asistencia gratuitos a las personas con discapacidades y a las personas que necesitan asistencia de idioma. Si necesita un intérprete calificado, la información escrita en un formato alternativo, servicios de traducción u otro tipo de servicios, llame al 1-888-772-9682.

Si cree que no brindamos estos servicios de manera adecuada o que discriminamos por alguna de las características mencionadas anteriormente, puede comunicarse con el Coordinador de derechos civiles y presentarle una queja formal:

Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512

1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379, CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja de derechos civiles en el portal de quejas en Internet del U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por escrito al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamando sin cargo al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

TTY: 711

For language assistance in your language call 1-888-772-9682 at no cost. (English)

Para obtener asistencia lingüística en su idioma, llame sin cargo al 1-888-772-9682. (Spanish)

欲取得以您的語言提供的語言協助，請撥打1-888-772-9682，無需付費。(Chinese)

Pour une assistance linguistique dans votre langue, appeler le 1-888-772-9682 sans frais. (French)

Para sa tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-888-772-9682 nang walang bayad. (Tagalog)

Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache erhalten Sie kostenlos unter der Nummer 1-888-772-9682. (German)

(Arabic) .1-888-772-9682 للمساعدة اللغوية بلغتك الرجاء الاتصال على الرقم المجاني

Pou jwenn asistans nan lang pa w, rele nimewo 1-888-772-9682 gratis. (French Creole)

Per ricevere assistenza nella sua lingua, può chiamare gratuitamente il numero 1-888-772-9682. (Italian)

日本語で援助をご希望の方は 1-888-772-9682 (フリーダイヤル) までお電話ください。(Japanese)

본인의 언어로 통역 서비스를 받고 싶으시면 비용 부담 없이 1-888-772-9682번으로 전화해 주십시오. (Korean)

(Persian) برای راهنمایی به زبان شما با شماره 1-888-772-9682 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید.

Aby uzyskać pomoc w swoim języku, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-888-772-9682. (Polish)

Para obter assistência no seu idioma, ligue gratuitamente para o 1-888-772-9682. (Portuguese)

Чтобы получить помощь с переводом на ваш язык, позвоните по бесплатному номеру 1-888-772-9682. (Russian)

Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng ngôn ngữ của bạn, hãy gọi miễn phí đến số 1-888-772-9682. (Vietnamese)
