Specialty Benefits

Group Products
Underwritten by Dearborn Life Insurance Company

# Formulario de reclamo de seguro de vida

Teléfono: (855) 649-9648 | **Fax:** (855) 645-8242

## INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR PARA PRESENTAR UN RECLAMO DE UNA PÓLIZA DE VIDA

## DearbornCares℠

### Pago adelantado del beneficio del seguro de vida

**DearbornCares proporciona un pago por adelantado de hasta $100,000 por beneficiario en 48 horas* para ayudar a cubrir sus gastos inmediatos, como el pago del funeral y las facturas médicas.**

- ▲ Pagos de hasta un total de $100,000 por beneficios del seguro de vida básico pagado por el empleador.
- ▲ Se aplica a reclamos con 1, 2 o 3 beneficiarios designados.
- ▲ Disponible para jubilados y empleados con cobertura.

**NO se REQUIERE el certificado de defunción para el pago por adelantado.**

**Complete la Parte 1 del formulario de reclamo de seguro de vida en su totalidad, e incluya la designación del beneficiario. Debe enviarnos cualquier información faltante de la siguiente lista de comprobantes para completar el reclamo y recibir el pago completo.**

* Pagos de hasta un total de $100,000 a los beneficiarios (máximo de 3) de los beneficios del seguro de vida básico pagado por el empleador dentro de las 48 horas de que se confirme el cumplimiento de los requisitos. El pago anticipado se realiza a 1 beneficiario o se divide entre hasta 2 o 3 beneficiarios, según lo designe el asegurado. Esta información solo es un aspecto destacado del producto. DearbornCares tiene exclusiones y limitaciones. El servicio puede ser cancelado por el asegurador en cualquier momento.

## Para el Empleador: Lista de Comprobantes para Solicitar un Reclamo de una Póliza de Vida:

El empleador o administrador debe completar el formulario de reclamo como se indica, y enviar los documentos adjuntos que se mencionan a continuación. Le informaremos si se necesita documentación adicional para completar el proceso de reclamo.

**Por favor, envíe la siguiente documentación:**

- ☐ **Formulario de reclamo de seguro de vida**
  Parte 1: Completada por el empleador o administrador
  Parte 2: Completada por el/los beneficiario/s
  Parte 3: Autorización para la divulgación de información que debe completar un beneficiario
- ☐ **Formulario de inscripción**, incluyendo los cambios de beneficiarios (original, fotocopia o impresión de pantalla)
- ☐ **Copia del certificado de defunción oficial debidamente certificado** (para las coberturas totales de más de $100,000, requerimos un certificado de defunción certificado original con sello)
- ☐ **Registros de nómina** que verifiquen las ganancias anuales del asegurado en el momento del fallecimiento (los beneficios se basan en el salario)
- ☐ Si el asegurado paga alguna parte de la cobertura, debera adjuntar el comprobante de la deducción de la nomina

**Para beneficios por muerte accidental, brinde lo siguiente:**

- ☐ Informe oficial de la policía completo
- ☐ Comprobante de uso del cinturón de seguridad y bolsa de aire, si corresponde
- ☐ Recorte(s) de periódico del accidente, si corresponde
- ☐ Informe del médico forense, hallazgos e informe de toxicología

BORRAR FORMULARIO  IMPRIMIR FORMULARIO

**Enviar a:**
Life Claims Department • P.O. Box 7070 • Downers Grove, IL 60515

Dearborn Life Insurance Company ofrece los productos de seguro grupal como Specialty Benefits en colaboración con Blue Cross Blue Shield of Michigan.

Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148, emite los productos de seguro grupal de Specialty Benefits. Dearborn Life es una compañía aparte, no ofrece productos de Blue Cross Blue Shield of Michigan y es económicamente responsable de los productos que emite.

Dearborn Life Insurance Company es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Blue Cross Blue Shield of Michigan y Blue Care Network son organizaciones sin ánimo de lucro y licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.



Z6294_SP SB (10/23)

Specialty Benefits

Group Products
Underwritten by Dearborn Life Insurance Company

# Formulario de reclamo de seguro de vida

Teléfono: (855) 649-9648 | **Fax:** (855) 645-8242

## Parte 1: Debe completarla el empleador o administrador

| Información del empleador o grupo | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del grupo: | | Número del grupo: | |
| Nombre de la subsidiaria: | | Número de cuenta o división: | |
| Dirección del grupo: | Calle: | | |
| | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Nombre y cargo del representante autorizado: | | | |
| Teléfono: | | Correo electrónico: | |
| Método preferido de comunicación: ☐ Correo electrónico ☐ Teléfono | | | |

| Información del empleado | | | |
|---|---|---|---|
| Apellido: | | Nombre: | Segundo nombre: |
| Calle: | | | Fecha de nacimiento: |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: | Fecha de defunción: |
| Teléfono: | | Correo electrónico: | |
| Núm. de Seguro Social o de Identificación: | | Estado: ☐ Activo ☐ Retirado ☐ Discapacitado ☐ Cesado | |
| Fecha de contratación: | Fecha de entrada en vigor del seguro: | Último día trabajado: | Fecha de finalización del empleo: |
| Ingreso anual: | Clase: | Fecha de vigencia del salario: | |
| Fecha de la última contribución de la prima del empleado: | | Horas trabajadas por semana: | |

| Información del difunto (si no es el empleado) | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Cónyuge ☐ Hijo dependiente | | | |
| Apellido: | | Nombre: | Segundo nombre: |
| Fecha de nacimiento: | Fecha de defunción: | | Núm. del Seguro Social: |
| Estudiante de tiempo completo: ☐ Sí ☐ No | | Escuela: | |
| ¿Estaba incapacitado y dependía económicamente del empleado? ☐ Sí ☐ No | | | |

**¡Asegúrese de incluir la designación del beneficiario cuando presente el formulario de reclamo.**

| Información del seguro | |
|---|---|
| Seguro de vida básico: $ | Seguro de vida voluntario o complementario: |
| Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D): $ | Seguro por AD&D voluntario o complementario: $ |
| ¿La muerte se debe a un accidente? ☐ Sí (complete la siguiente sección) ☐ No | |

Beneficios adicionales de AD&D solicitados: *(Consulte su certificado para conocer los beneficios adicionales incluidos. Es posible que no todos se apliquen).*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Cinturón de seguridad | ☐ Repatriación | ☐ Coma | ☐ Desastre común | ☐ Violencia en campus |
| ☐ Bolsa de aire | ☐ Cuidado diurno | ☐ Durante el trabajo | ☐ Transporte público | |
| ☐ Educación | ☐ Entrenamiento del cónyuge | ☐ Agresión grave | ☐ Daño cerebral | ☐ Otro |

**Certifico que he leído este documento y que la información es precisa y completa. Entiendo que cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa puede estar sujeta a sanciones penales y civiles.**

**Firma del representante autorizado del empleador o del plan** **Fecha**



**Enviar a:** Life Claims Department • P.O. Box 7070 • Downers Grove, IL 60515

Specialty Benefits

Group Products
Underwritten by Dearborn Life Insurance Company

# Formulario de reclamo de seguro de vida

Teléfono: (855) 649-9648 | **Fax:** (855) 645-8242

## Parte 2: Debe completarla el beneficiario

Si hay más de un beneficiario, cada uno debe completar un formulario por separado. Consulte la información importante a continuación si el beneficiario es menor de edad.

| **Información del beneficiario** | | | |
|---|---|---|---|
| Apellido: | | Nombre: | Segundo nombre: |
| Nombre de soltera: | | Fecha de nacimiento: | Núm. de Seguro Social o de Identificación: |
| Calle: | | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: | Número de teléfono: |
| Dirección de correo electrónico: | | Relación con el difunto: | |

| **Información del difunto** | | |
|---|---|---|
| Apellido del difunto: | Nombre: | Segundo nombre: |
| Núm. de Seguro Social o de Identificación: | Número/Nombre de Grupo: | |

**Certificación del IRS**

¿Es ciudadano de los E.U.?: ☐ Sí ☐No, el formulario W-8 del IRS es obligatorio.
Proporcione otro documento de identificación laboral en caso de tenerlo.

**Bajo pena de cometer perjurio, certifico lo siguiente:**

1. El número que se muestra en este formulario es mi número correcto de identificación del Seguro Social o número de identificación fiscal.
2. No estoy sujeto a retenciones adicionales de impuestos sobre intereses y dividendos porque (a) estoy exento de retenciones adicionales, o (b) el Servicio de Rentas Internas (IRS) no me ha notificado que estoy sujeto a retenciones adicionales debido a no haber declarado todos mis intereses o dividendos, o (c) el IRS me notificó que ya no estoy sujeto a retenciones adicionales.
3. Soy ciudadano de los E.U. u otra persona que reside legalmente en los E.U.

**Instrucciones de certificación**

Debe tachar el punto 2 anterior si el IRS le ha notificado que actualmente está sujeto a retenciones adicionales debido a que no ha declarado todos sus intereses o dividendos en su declaración de impuestos.

El IRS no requiere su consentimiento a ninguna disposición de este documento aparte de las certificaciones requeridas para evitar las retenciones adicionales. Si no certifica lo antecedente, se nos puede exigir retener impuestos federales y estatales.

**Asegúrese de incluir una copia certificada del certificado de defunción para reclamos superiores a $500,000.**

**Certifico que he leído este documento y que la información es precisa y completa. Entiendo que cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa puede estar sujeta a sanciones penales y civiles.**

**Firma del beneficiario** **Fecha**

**INFORMACIÓN IMPORTANTE**
**Si el beneficiario es:**

a. **Un menor de edad, una sucesión indivisa o un individuo incompetente para manejar asuntos financieros:** proporcione una resolución judicial original que designe a un representante legal o tutor para manejar los asuntos financieros del menor, la sucesión indivisa o el incompetente.
b. **Un difunto:** proporcione comprobante de defunción, una copia del certificado de defunción certificado final y documentación del beneficiario secundario.
c. **Un fideicomiso:** proporcione documentación que verifique la existencia del fideicomiso, la documentación de que el fideicomiso haya sido nombrado beneficiario y el número de identificación fiscal del fideicomiso.

**Cada beneficiario debe completar y firmar la declaración del beneficiario o reclamante.**



**Enviar a:** Attn: Life Claims Department • P.O. Box 7070 • Downers Grove, IL 60515

# Formulario de reclamo de seguro de vida

Teléfono: (855) 649-9648 | **Fax:** (855) 645-8242

## Parte 3: Autorización para la divulgación de información

(Necesitaremos una autorización separada para la divulgación de notas de psicoterapia).

Yo (el abajo firmante) autorizo a _____, médico, profesional médico, farmacéutico u otro proveedor de servicios de atención médica, hospital, clínica, otro centro médico o institución relacionada con la medicina; oficina del médico forense; compañía de seguros o reaseguros; agencia gubernamental; departamento de trabajo; fuerzas del orden público o departamento de seguridad pública; titular de la póliza de grupo; empleador; o al administrador de la póliza o del plan de beneficios para divulgar información de los registros de:

Nombre del médico

| | | |
|---|---|---|
| Apellido del difunto: | Nombre: | Segundo nombre: |
| Núm. de Seguro Social o de Identificación: | Número/Nombre de Grupo: | |

**Certifico que he leído este documento y que la información es precisa y completa. Entiendo que cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa puede estar sujeta a sanciones penales y civiles.**

| | |
|---|---|
| | |
| **Firma del beneficiario** | **Fecha** |

**INFORMACIÓN IMPORTANTE: Información del reclamante o asegurado que será divulgada:**

- Datos o registros relacionados con su historia clínica, tratamiento, medicamentos con receta, consultas, autopsias (incluidos informes médicos, expedientes, cuadros, notas [excepto las notas de psicoterapia], radiografías, películas o correspondencia, y cualquier afección médica).
- Cualquier información con respecto a la cobertura de seguro.
- Informe del accidente o cualquier informe de investigación oficial (como informes de la policía, los bomberos, la FAA, la OSHA o de toxicología).
- La información será divulgada a:
  Dearborn Life Insurance Company
  P.O. Box 7070
  Downers Grove, IL 60515
- Entiendo que si rehúso firmar esta autorización se me pueden denegar los beneficios.
- Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal.
- Entiendo que la información obtenida mediante el uso de esta autorización será utilizada por Dearborn Life Insurance Company (la Compañía) para evaluar mi reclamo de beneficios por fallecimiento. La Compañía sólo divulgará dicha información:
  - A su reasegurador o a otras personas u organizaciones que presten servicios comerciales o legales en relación con mi(s) reclamo(s).
  - Según lo exija la ley.
  - Según lo que yo autorice posteriormente.
- Entiendo que puedo revocar la presente autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la Compañía haya tomado medidas basándose en esta autorización. Si no se recibe la revocación por escrito, esta autorización se considerará válida por un período de tiempo que no excederá los 24 meses a partir de la fecha de la firma a continuación. Para iniciar la revocación de esta autorización, dirija toda la correspondencia a la Compañía a la dirección anterior.
- Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| **Firma (reclamante o representante legal)** | **Aclaración** | **Fecha** |

**Si usted es el representante legal del reclamante, podemos pedir documentación adicional.**

| | | |
|---|---|---|
| Calle: | | Número de teléfono: |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |



**Enviar a:** Attn: Life Claims Department • P.O. Box 7070 • Downers Grove, IL 60515

Specialty Benefits

Group Products
Underwritten by Dearborn Life Insurance Company

# Aviso de Fraude

**Oficinas administrativa:** 701 E. 22nd Street, Lombard, Illinois 60148

**Las leyes de algunos estados nos exigen que le proporcionemos el siguiente aviso:**

**PARA SOLICITUDES Y RECLAMOS:**

**Alabama:** Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio; o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución y confinamiento en prisión, o una combinación de ambos.

**California**: Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o enmendar la cobertura del seguro o para hacer un reclamo por el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

**Colorado:** Es ilegal proporcionar, con pleno conocimiento, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros, con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación de seguro y responsabilidad civil. Toda compañía de seguros o representante de una compañía de seguros que, con pleno conocimiento, proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un titular de la póliza o a una persona que presente un reclamo, con el fin de defraudar o intentar defraudar a dicha persona con respecto a un pago o una suma de dinero pagadera como resultado de la recaudación del seguro, se denunciará ante la división de seguros de Colorado, en el departamento de agencias reguladoras.

**Distrito de Columbia: ADVERTENCIA:** Proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar a la aseguradora o a otra persona constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro en caso de que el solicitante presentara información falsa sustancialmente relacionada con un reclamo.

**Hawái**: Por su seguridad, la ley de Hawái exige que se le informe que presentar un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio es un delito castigado con multas o prisión, o ambos.

**Kentucky:** Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar 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 encubra, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho importante, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito.

**Maryland**: Toda persona que, con pleno conocimiento o deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio; o que, con pleno conocimiento o deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

**Nuevo México:** Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

**Ohio:** Toda persona que, con intención de defraudar o con pleno conocimiento de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguro.

**Oklahoma:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, haga un reclamo por el producto de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

**Pensilvania:** Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar 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 encubra, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho importante comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito y sujeta a la persona a sanciones civiles y penales.

**Puerto Rico:** Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude u ocasione la presentación de un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida o de cualquier otro beneficio, o presente más de un reclamo por el mismo daño o pérdida, cometerá un delito grave. Al condenarla, se la sancionará por cada violación con una multa de por lo menos cinco mil dólares ($5,000), pero de no más de diez mil dólares ($10,000), o con un período fijo de tres (3) años en prisión, o con ambas sanciones. En caso de que se presentaran circunstancias agravantes, la sanción establecida puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años. Si se presentaran circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Dearborn Life Insurance Company ofrece los productos de seguro grupal como Specialty Benefits en colaboración con Blue Cross Blue Shield of Michigan.

Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148, emite los productos de seguro grupal de Specialty Benefits. Dearborn Life es una compañía aparte, no ofrece productos de Blue Cross Blue Shield of Michigan y es económicamente responsable de los productos que emite.

Dearborn Life Insurance Company es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Blue Cross Blue Shield of Michigan y Blue Care Network son organizaciones sin ánimo de lucro y licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.



R010122 I Z6291_SP_BCBSM

# Aviso de Fraude

**Oficinas administrativa:** 701 E. 22nd Street, Lombard, Illinois 60148

**Las leyes de algunos estados nos exigen que le proporcionemos el siguiente aviso:**

**PARA SOLICITUDES Y RECLAMOS (continuado):**

**Rhode Island**: Cualquier persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

**Tennessee**: Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

**Washington**: Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

**West Virginia**: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

**PARA RECLAMOS ÚNICAMENTE:**

**Alaska:** Una persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada según las leyes estatales.

**Arizona:** Por su seguridad, la ley de Arizona exige que lo siguiente figure en este formulario. Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida está sujeta a sanciones civiles y penales.

**Arkansas:** Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

**Delaware:** Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

**Idaho**: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

**Indiana**: Una persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

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

**Nuevo Hampshire**: Toda persona que, con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a una acción judicial y a una pena por fraude de seguro, conforme a la legislación del estado de Nuevo Hampshire, NH RSA 638:20.

**Nuevo Jersey**: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa estará sujeta a sanciones penales y civiles.

**Texas**: Toda persona que, con pleno conocimiento, 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 confinamiento en una prisión estatal.

**PARA SOLICITUDES ÚNICAMENTE:**

**Nuevo Jersey:** Toda persona que incluya información falsa o engañosa en la solicitud de una póliza de seguro estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Dearborn Life Insurance Company ofrece los productos de seguro grupal como Specialty Benefits en colaboración con Blue Cross Blue Shield of Michigan.

Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148, emite los productos de seguro grupal de Specialty Benefits. Dearborn Life es una compañía aparte, no ofrece productos de Blue Cross Blue Shield of Michigan y es económicamente responsable de los productos que emite.

Dearborn Life Insurance Company es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Blue Cross Blue Shield of Michigan y Blue Care Network son organizaciones sin ánimo de lucro y licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.