

**NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIÓN
SEGURO DE VIDA GRUPAL****Instrucciones**

1. La Declaración del Reclamante debe ser completada y firmada por el beneficiario.
2. La Declaración del Patrono debe ser completada y firmada por el Patrono.
3. Favor de incluir los siguientes documentos con su reclamación:
 - ✓ Certificado de Defunción original con causa de muerte.
 - ✓ Copia certificada de los Certificados de Nacimiento del fallecido y de todos los beneficiarios.
 - ✓ Certificado de Matrimonio con fecha de expedición reciente.
 - ✓ Copia de la Designación de Beneficiarios, de la Hoja de ingreso o renovación más reciente.

Advertencia de Fraude

La Ley Núm. 18 de 8 de enero de 2004 advierte a toda persona lo siguiente: "Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años."

Parte 1: Declaración del RECLAMANTE

1. Nombre completo del asegurado fallecido:

2. Fecha de muerte:

2b. Fecha de nacimiento:

3. Nombre del patrono:

4. Ocupación:

4b. Seguro Social:

5. Fecha exacta de la última vez que trabajó el empleado:

6. Si no estaba desempeñándose en su trabajo a la fecha de la muerte, explique por qué:

6b. Causa de muerte:

CERTIFICACIÓN

Certifico que soy el reclamante de esta declaración de prueba de muerte, que la información arriba provista es la verdad, que la misma está completa y que la persona aquí descrita es la asegurada bajo el grupo mencionado. Estoy de acuerdo que todos los expedientes y/o declaraciones enviadas por los médicos, hospitales, clínicas u otras instituciones con respecto al asegurado y toda otra documentación pertinente será considerada como parte de la prueba de muerte. Entiendo que cuando la Compañía provee hojas de reclamación, esta acción no se puede considerar como una admisión de que el seguro estaba vigente y no constituye una renuncia a los derechos o defensas de la Compañía.

7. Nombre del reclamante

8. **Firma del reclamante**

8b. Fecha

9. Teléfono

10. Edad

11. Parentesco con el fallecido

12. Dirección Postal

13. Testigo de la firma (cuando la firma es por marca)

14. Correo electrónico reclamante

Autorización para Obtener Información

14. Nombre del reclamante: _____ Relación: _____

Autorizo a todos los médicos; hospitales; clínicas u otras facilidades médicas; persona que tuviera algún expediente o conocimiento sobre el asegurado o su estado de salud, a transferir a *Triple-S Vida, Inc.*, tal información. Autorizo al patrono o grupo a divulgar a *Triple-S Vida, Inc.*, información de nóminas o cualquier otra información relacionada a la reclamación.

Una copia de esta autorización y confirmación será tan válida como el original.

 Firma

 Fecha

Advertencia de Fraude

La Ley Núm. 18 de 8 de enero de 2004 advierte a toda persona lo siguiente: "Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años."

Parte 2: Declaración del PATRONO

1. Nombre del patrono:

2. Dirección del patrono:

3. Nombre del empleado:

4. Ocupación o puesto:

4b. Número de póliza:

5. Salario mensual: \$

5b. Número de empleado:

6. Fecha de contratación:

 6b. Fecha del último día que trabajó:
 (según hoja de asistencia o ponches)

 7. Indique el estatus del empleado a la fecha de la muerte (se considera Activo si trabajó el mismo día de la muerte):

- | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Activo | <input type="checkbox"/> Despedido | <input type="checkbox"/> Ausencia por enfermedad | <input type="checkbox"/> Renuncia | <input type="checkbox"/> Licencia sin sueldo |
| <input type="checkbox"/> Incapacitado | <input type="checkbox"/> Retirado | <input type="checkbox"/> Ausencia personal | <input type="checkbox"/> Suspendido | <input type="checkbox"/> Paro Temporero |
| <input type="checkbox"/> Vacaciones | <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____ | | | |

8. De encontrarse ausente a la fecha de muerte, favor indicar la/s licencia/s (FMLA, SINOT, Sin sueldo, vacaciones, etc.) bajo la cual/es se encontraba y el periodo de cada una:

Favor indicar la cantidad solamente en los encasillados de los beneficios que va a reclamar.

 9. Cubierta Básica
 \$

 9b. Accidental o Desmembramiento
 \$

 9c. Suplementaria
 \$

 9d. Cónyuge o Hijos
 \$

CERTIFICACIÓN

Certificamos que las declaraciones anteriores son ciertas, de acuerdo a nuestro mejor saber y entendimiento.

10. Nombre del Oficial Autorizado

10b. Puesto

11. Firma

11b. Fecha

11c. Correo electrónico patrono