

Formulario de reclamación de seguro de vida grupal

Declaración del patrono

Deberá completarla el patrono

Información sobre el empleo

Nombre del patrono _____ Número del grupo _____

Dirección del patrono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del empleado/jubilado _____ Fecha de nacimiento del empleado/jubilado _____

Dirección del empleado/jubilado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Cargo _____ Fecha original del empleo _____

Última fecha en la que el empleado trabajó a tiempo completo _____

Motivo por el que el empleado dejó de trabajar (si es más de 31 días) _____

Salario básico anual \$ _____ Horas trabajadas por semana _____

Fecha de pago del último salario al empleado _____ Cantidad pagada _____

Información sobre el fallecido

El fallecido es: Empleado Jubilado Cónyuge Hijo

Nombre del fallecido, si es cónyuge o hijo _____ Número de identificación del afiliado _____

Otros nombres por los cuales podría haber sido conocido el fallecido (p. ej., apellido de soltera, apellido compuesto o alias) _____

Dirección del fallecido, si es cónyuge o hijo _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento _____ Fecha de fallecimiento _____ Fecha de vigencia del seguro _____

¿El fallecido tiene alguna otra cobertura de seguro de vida con Humana Inc., sus subsidiarias o afiliados? Sí No

¿Se reclaman beneficios por muerte accidental? Sí No

En caso afirmativo, envíe copias del informe policial y el informe del forense (incluidos los hallazgos de laboratorio) si se hizo una autopsia.

Grupos del patrono autoadministrados – complete esta sección

Clase de seguro: _____

Cantidad del seguro de vida básico \$ _____ Cantidad del beneficio por muerte accidental \$ _____

Cantidad del seguro opcional (voluntario) \$ _____ Fecha del último aumento en el seguro _____

Firma (todos los grupos)

Certifico que he leído este documento y la información es exacta y está completa. Comprendo que toda persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga cualquier información falsa o engañosa estará sujeta a multas penales y civiles.

Firma autorizada del patrono:

Fecha

Enviar por correo a: Humana
PO Box 13068
Green Bay, WI 54307-3068

Servicio al cliente: 1-866-427-7478
Enviar por fax al: 1-920-339-4794
Enviar por correo electrónico a:
GBLife_Disability@humana.com

Humana[®]

Formulario de reclamación de seguro de vida grupal

La(s) compañía(s) oferente(s) que figuran más abajo, individual o colectivamente, según lo requiera el contenido, en esta autorización se mencionan como “Nosotros” o “Humana”.

Productos de seguro de vida, por enfermedad crítica/enfermedad especificada, indemnización hospitalaria y por accidente asegurados por Kanawha Insurance Company, Humana Insurance Company, Humana Insurance Company of New York o Humana Insurance Company of Kentucky.

Toda persona que, con la intención de estafar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, envíe una Solicitud o presente una reclamación que contenga declaraciones falsas o engañosas podría estar sujeta a un proceso judicial y sanciones por fraude de seguro. (Vea las Declaraciones de advertencia sobre fraude específicas de cada estado en las páginas 4 y 5)

Declaración del beneficiario

Deberá completarla el beneficiario. Si el beneficiario es menor de edad, proporcione las Cartas de tutela para la herencia del menor. Si el beneficiario es el estado, proporcione las Cartas testamentarias o las Cartas de administración con la designación del representante personal de la herencia. Si el beneficiario ha fallecido, proporcione una copia del certificado oficial de defunción del beneficiario fallecido.

Certifico que he leído este documento y la información es exacta y está completa. Comprendo que toda persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga cualquier información falsa o engañosa estará sujeta a multas penales y civiles.

¿Habrà una asignación funeraria en esta reclamación? Sí No

Si no hay ningún beneficiario asignado o en los registros de Humana, complete la Declaración jurada en la página 3

Información del beneficiario

Nombre del beneficiario _____ Fecha de nacimiento _____

Número de seguro social/Número de identificación fiscal _____ Teléfono _____

Dirección del beneficiario _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Vínculo con el fallecido _____

Firma del beneficiario: _____ Fecha _____

Nombre del beneficiario _____ Fecha de nacimiento _____

Número de seguro social/Número de identificación fiscal _____ Teléfono _____

Dirección del beneficiario _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Vínculo con el fallecido _____

Firma del beneficiario: _____ Fecha _____

Adjunte el formulario de afiliación o la designación de beneficiario más reciente y adjunte un certificado de defunción con el sello en relieve del estado. **Si no hay ningún beneficiario asignado o en los registros de Humana, complete la Declaración jurada en la página 3**

Enviar por correo a: Humana
PO Box 13068
Green Bay, WI 54307-3068

Servicio al cliente: 1-866-427-7478
Enviar por fax al: 1-920-339-4794
Enviar por correo electrónico a:
GBLife_Disability@humana.com

Humana[®]

DECLARACIÓN JURADA

Nos basaremos en esta Declaración jurada para determinar el pago del beneficio, a menos que recibamos una notificación por escrito de una reclamación válida antes de hacer el pago. Esta Declaración jurada nos eximirá de toda responsabilidad posterior. Todo pago que hayamos hecho de buena fe nos liberará completamente en la medida de dicho pago. Solo complete la Declaración jurada si no hay ningún beneficiario registrado en Humana.

Llénela en forma COMPLETA. Si no se aplica, márkelo como tal. Incluya el (los) nombre(s) completo(s) y la(s) dirección (direcciones).

Nombre del fallecido: _____

Número de póliza: _____

¿Hay alguna herencia actualmente establecida? Sí No

Cónyuge vivo del fallecido: _____

Hijo(s) vivo(s) del fallecido, incluidos los hijos adoptados [También incluir fecha(s) de nacimiento]

Padres vivos del fallecido:

Hermano(s) y hermana(s) vivo/a(s) del fallecido:

Fechado en _____, a los _____ días de _____ de 20 ____

Firma _____

Testigo _____

Toda persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga cualquier información falsa o engañosa estará sujeta a multas penales y civiles. La Compañía, al presentar este formulario de reclamación, de ninguna manera admite responsabilidad ni renuncia a ninguno de sus derechos según lo dispuesto en la Póliza.

Enviar por correo a: Humana
PO Box 13068
Green Bay, WI 54307-3068

Servicio al cliente: 1-866-427-7478
Enviar por fax al: 1-920-339-4794
Enviar por correo electrónico a:
GBLife_Disability@humana.com

Humana[®]

Formulario de reclamación de seguro de vida grupal

Declaraciones de advertencia sobre fraude específicas de cada estado

Humana:

Toda persona que, con la intención de estafar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, envíe una Solicitud o presente una reclamación que contenga declaraciones falsas o engañosas podría estar sujeta a un proceso judicial y sanciones por fraude de seguro. Podríamos notificar a todos los organismos de orden público estatales y federales acerca de cualquier sospecha de fraude, según lo determinemos. Nos reservamos el derecho de recuperar cualquier pago que le hayamos realizado a usted o a cualquier parte en su nombre, sobre la base de información fraudulenta o engañosa.

Alaska, Delaware, Idaho, Indiana, Maine, Minnesota, New Hampshire, New Mexico, Ohio, Oklahoma, Tennessee, Texas, Washington, West Virginia:

Toda persona que, con la intención de estafar o a sabiendas envíe una solicitud o reclamación que contenga una declaración falsa o fraudulenta podría estar sujeta a un proceso judicial y sanciones por fraude de seguro.

Alabama:

Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para 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 podría estar sujeta a sanciones de restitución o reclusión en prisión, o una combinación de estas.

Arkansas, Louisiana, Rhode Island:

Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para 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 podría estar sujeta a sanciones y reclusión en prisión.

Arizona:

Para su protección, las leyes de Arizona requieren que la siguiente declaración figure en este formulario. Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida está sujeta a multas penales y civiles.

California:

Para su protección, las leyes de California requieren que la siguiente declaración figure en este formulario. Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y podría estar sujeta a sanciones y reclusión en una prisión estatal.

Colorado:

Es ilegal proveer a sabiendas información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de estafar o intentar estafar a la compañía. Las multas podrían incluir prisión, sanciones, denegación del seguro y daños civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o demandante con el fin de estafar o intentar estafar al asegurado o demandante con respecto a una liquidación o importe a pagar con fondos del seguro será denunciado a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de organismos reguladores.

District of Columbia:

ADVERTENCIA: Es un delito proveer información falsa o engañosa a una aseguradora con el fin de estafar a la aseguradora o a otra persona. Las multas incluyen prisión o sanciones. Además, una aseguradora podría denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa esencialmente relacionada con una reclamación.

Florida:

Toda persona que a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a cualquier aseguradora presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

Enviar por correo a: Humana
PO Box 13068
Green Bay, WI 54307-3068

Servicio al cliente: 1-866-427-7478
Enviar por fax al: 1-920-339-4794
Enviar por correo electrónico a:
GBLife_Disability@humana.com

Humana[®]

Formulario de reclamación de seguro de vida grupal

Declaraciones de advertencia sobre fraude específicas de cada estado

Kentucky, Pennsylvania:

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho esencial comete un acto de seguro fraudulento, lo cual constituye un delito e implica que dicha persona queda sujeta a multas penales y civiles.

Kansas:

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar, presente, haga presentar o prepare con conocimiento o creyendo que será presentada ante o por una aseguradora, presunta aseguradora, corredor o agente de esta, cualquier comunicación o declaración escrita, electrónica, por impulso electrónico, por facsímil, magnética, oral o telefónica como parte de, o en apoyo de, una solicitud de emisión de, o la calificación de una póliza de seguro para un seguro personal o comercial, o una reclamación para el pago u otro beneficio en virtud de una póliza de seguro para un seguro comercial o personal que dicha persona sepa que contiene información esencialmente falsa con respecto a cualquier hecho importante, o que oculte información, con el fin de engañar, con respecto a cualquier hecho importante de este.

Maryland:

Toda persona que a sabiendas o intencionalmente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas o intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podría estar sujeta a sanciones y reclusión en prisión.

New Jersey:

Toda persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga cualquier información falsa o engañosa estará sujeta a multas penales y civiles.

New York:

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho esencial comete un acto de seguro fraudulento, lo cual constituye un delito y estará sujeta a multas civiles que no superarán los cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación por dicha infracción.

Virginia:

Toda persona que, con la intención de estafar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente una reclamación que contenga declaraciones falsas o engañosas podría haber infringido la ley estatal.

Enviar por correo a: Humana
PO Box 13068
Green Bay, WI 54307-3068

Servicio al cliente: 1-866-427-7478
Enviar por fax al: 1-920-339-4794
Enviar por correo electrónico a:
GBLife_Disability@humana.com

Humana®

¡Importante!

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión. La discriminación va en contra de la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-877-320-1235** o bien, si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o en **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019**, **800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Residentes de California:** También puede llamar a la línea directa gratuita del California Department of Insurance (Departamento de Seguros de California): **1-800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 1-877-320-1235 (TTY: 711)

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 1-877-320-1235 (TTY: 711)

Español (Spanish): Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。

فارسی (Farsi)

برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Wóda hí béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'déé nika'adoowoł.

العربية (Arabic)

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك