

Para su protección, la legislación estatal exige las siguientes divulgaciones, las cuales se basan en el estado en que usted reside:

Si usted vive en el estado de Nueva York, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga cualquier información importante falsa, o que oculte, con propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho importante al respecto, cometerá un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito, y dicha persona estará sujeta a una sanción civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada violación.

Si usted vive en el estado de Alaska, la siguiente declaración es válida para usted:

Una persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, podría ser procesada conforme a la legislación estatal.

Si usted vive en el estado de Alabama, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener un beneficio o retribución por una pérdida o presente deliberadamente información falsa en una solicitud para seguro, será culpable de delito y podría ser objeto de multas o reclusión en prisión o cualquier combinación de las mismas.

Si usted vive en los estados de Arkansas, Louisiana, Massachusetts, Minnesota, New Mexico, Rhode Island, Texas o West Virginia, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener un beneficio o retribución por una pérdida o presente deliberadamente información falsa en una solicitud para seguro, será culpable de delito y podría ser objeto de multas y reclusión en prisión.

Si usted vive en el estado de Arizona, la siguiente declaración es válida para usted:

Para su protección, la ley de Arizona requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que, deliberadamente, remita una reclamación falsa o fraudulenta para recaudar retribución por concepto de una pérdida, estará sujeta a la aplicación de penalidades criminales y civiles.

Si usted vive en el estado de California, la siguiente declaración es válida para usted:

Para su protección, la ley de California requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que, deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

Si usted vive en el estado de Colorado, la siguiente declaración es válida para usted:

El suministro de información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a dicha compañía es considerado un acto ilícito, si dicha información o datos fueran remitidos deliberadamente. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, deliberadamente, proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos a un titular de una póliza o reclamante, con la finalidad defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante en torno a alguna liquidación o pago de los réditos provenientes de un seguro, será reportado a la Colorado Division of Insurance, la cual forma parte del Department of Regulatory Agencies.

Si usted vive en el Distrito de Columbia, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener un beneficio o retribución por una pérdida o presente deliberadamente información falsa en una solicitud para seguro, será culpable de delito y podría ser objeto de multas y reclusión en prisión.

Si usted vive en los estados de Delaware, Idaho o Indiana, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, remita una declaración relacionada con una reclamación con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de haber cometido un delito.

Si usted vive en el estado de Florida, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, remita una declaración relacionada con una reclamación o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de haber cometido un delito de tercer grado.

Si usted vive en el estado de Kansas, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga cualquier información importante falsa, o que oculte, con propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho importante al respecto, puede ser culpable de fraude en materia de seguros conforme los determine un tribunal judicial.

Si usted vive en el estado de Kentucky, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a cualquier otra persona, remita una declaración relacionada con una reclamación con información materialmente falsa o que oculte datos materialmente relacionados con dicha documentación con la finalidad de engañar, habrá cometido un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual es un delito.

Si usted vive en el estado de Maryland, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que presente, a sabiendas o intencionalmente, 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 puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Si usted vive en el estado de Maine, la siguiente declaración es válida para usted:

El suministro de información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros en forma deliberada y con la finalidad de defraudar a la misma, es un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios del seguro.

Si usted vive en el estado de New Hampshire, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, remita una declaración relacionada con una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa será objeto de procesamiento y pena por fraude en materia de seguros, como se establece en RSA 638:20.

Si usted vive en el estado de New Jersey, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Si usted vive en el estado de Ohio, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa será culpable de fraude de seguro.

Si usted vive en el estado de Oklahoma, la siguiente declaración es válida para usted:

ADVERTENCIA: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, remita una reclamación para recaudar los réditos provenientes de una póliza de seguro con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de haber cometido un delito grave.

Si usted vive en el estado de Oregon o Virginia, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, puede haber violado la ley estatal.

Si usted vive en el estado de Tennessee o Washington, la siguiente declaración es válida para usted:

El suministro de información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros en forma deliberada y con la finalidad de defraudar a la misma, es un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios del seguro.

Si usted vive en el estado de Vermont, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente, presente una declaración falsa en una solicitud para seguro puede ser culpable de un delito y estar sujeta a sanciones conforme a la ley estatal.

Si usted vive en un estado distinto a los mencionados anteriormente, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga cualquier información importante falsa, o que oculte, con propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho importante al respecto, cometerá un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito, y dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles.

Sun Life Financal es la marca de los productos de seguro suscritos por Union Security Insurance Company.

© 2016 Sun Life Assurance Company of Canada, Wellesley Hills, MA 02481. Todos los derechos reservados. Sun Life Financal y el símbolo del globo son marcas comerciales registradas de Sun Life Assurance Company of Canada. Visítenos en www.sunlife.com/us.

Instrucciones para presentar una reclamación de seguro de vida grupal (o de dependiente)



Para el administrador:

Una reclamación de beneficios de seguro de vida grupal debe enviarse a Sun Life Financial tan pronto como se reciba la notificación de que un empleado/dependiente o beneficiario es elegible para beneficios.

Presentar una reclamación

1. Junto con la declaración de empleador del grupo y la declaración del beneficiario, también se requiere:
2. Copia certificada del certificado de defunción.
3. Solicitud de inscripción y cambios de beneficiario.
4. Si la reclamación ocurre en los primeros tres meses de cobertura, se requerirán los registros de nómina y/u otra prueba de trabajo activo.

Si la muerte del asegurado es la consecuencia directa de un accidente, los beneficios por muerte accidental pueden ser pagaderos si la póliza incluye muerte accidental.

Si presenta una reclamación por muerte accidental, adjunte toda la información de respaldo disponible como el informe de la investigación oficial (policía, accidente, incendio, FAA, OSHA), el informe del médico forense o recortes de periódicos.

Si el asegurado falleció fuera de los Estados Unidos o el beneficiario vive en un país extranjero, llame al 1.800.451.4531 para hablar con un representante de reclamaciones.

La reclamación grupal debe enviarse de inmediato a:

Sun Life Financial
Life Benefit Center
PO Box 973050
El Paso, TX 79997-3050

Número de fax:

816.881.8967

Correo electrónico:

LifeClaims@sunlife.com

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro equipo de Group Life Benefits al 800.451.4531 y será atendido por un representante.

Declaración de reclamación de seguro de vida



Este formulario se puede usar para reclamaciones de seguros de vida de empleado/miembro y dependiente.

Para ser completado por el empleador/administrador del plan:

Sección A: Información del empleador/asociación

Nombre del empleador/asociación _____

Número de la póliza _____ Número de participación _____ Número de cuenta _____

Dirección del empleador _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Lugar de trabajo _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Número de teléfono del empleador _____ Número de fax _____

Dirección del sitio web _____

Sección B: Información del empleado/miembro (completar para todas las reclamaciones).

El fallecido está asegurado como: Empleado Cónyuge Hijo

Nombre completo del empleado _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de fallecimiento _____

Dirección _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Fecha de contratación _____ Fecha de entrada en vigor del seguro _____ Ocupación _____

Salario anual _____ Fecha del último aumento de sueldo _____ Horas trabajadas por semana _____

Estatus de pago Por hora Asalariado Sueldo en la última fecha trabajada: \$ _____ por Hora Semana Mes Año

Motivo de cese laboral: Discapacidad Despido Licencia Renuncia Jubilación
 Suspensión temporal Vacaciones Otro (Explique) _____
Última fecha trabajada _____

Sección C: Complete para todas las reclamaciones de seguro de vida para dependientes

Nombre completo del dependiente fallecido _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de fallecimiento _____

Estado civil del dependiente: Soltero Casado Divorciado Separado legalmente

¿Estudiante de tiempo completo? Sí No

Empleador más reciente del dependiente _____

Última fecha trabajada _____

Si el dependiente era discapacitado, indique la fecha de discapacidad _____

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro equipo de Group Life Benefits al 800.451.4531 y será atendido por un representante.

Nombre del empleado/miembro _____

APELLIDO

NOMBRE

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Fecha de nacimiento _____

Sección D: Información sobre cobertura/reclamación de seguro

Tipo(s) de seguro y monto(s) **que se reclama(n)**

<input type="checkbox"/> Seguro de vida básico a plazo	\$ _____
<input type="checkbox"/> Seguro de vida contributivo adicional (suplementario)	\$ _____
<input type="checkbox"/> Seguro de vida voluntario	\$ _____
<input type="checkbox"/> Seguro de vida para dependiente (básico o voluntario)	\$ _____
<input type="checkbox"/> Muerte accidental	\$ _____
<input type="checkbox"/> Accidente automovilístico	\$ _____
<input type="checkbox"/> Educación superior	\$ _____
<input type="checkbox"/> Muerte accidental del dependiente	\$ _____
<input type="checkbox"/> Otro (<i>especifique</i>). _____	\$ _____
Total	\$ _____

¿Se requiere evidencia de asegurabilidad en cualquier cobertura reclamada? Sí No

Fecha de la última prima pagada _____ ¿El seguro estaba vigente a la fecha de fallecimiento? Sí No

Sección E: Información de pago - Se debe presentar una copia de todas las designaciones de beneficiarios con el formulario de reclamación.

Brinde la siguiente información sobre el/los beneficiario(s) que constan en sus registros. Tenga en cuenta que si esto es para cobertura de dependiente, generalmente el beneficiario es el empleado. Si hay más de tres beneficiarios, adjunte una hoja con los nombres adicionales y la información. Indique solo el/los beneficiario(s) primario(s).

¿Hay una disputa de beneficiario? Sí No

Nombre del beneficiario N.º 1 _____

SSN/TIN* _____ Relación con el fallecido _____

Nombre del beneficiario N.º 2 _____

SSN/TIN* _____ Relación con el fallecido _____

Nombre del beneficiario N.º 3 _____

SSN/TIN* _____ Relación con el fallecido _____

*Número de Seguro Social/Número de Identificación del Contribuyente

Declaración del titular de la póliza grupal (*nombre del representante del empleador o administrador que completó el formulario*)

IMPRIMIR

FIRMA (REPRESENTANTE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA/EMPLEADOR)

FECHA

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

Por este medio certifico que la información contenida en este formulario es precisa y completa, a mi leal saber y entender, y que no tengo intereses financieros en esta reclamación.

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro equipo de Group Life Benefits al 800.451.4531 y será atendido por un representante.

Declaración del beneficiario



Para ser completado por cada beneficiario que hace una reclamación.* (Imprimir).

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA CENTRAL	
N.º de reclamación _____	Saldo inicial de PF \$ _____

Nombre del empleado/miembro _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE
Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Número de la póliza _____

Sección F: Información sobre usted, el beneficiario

Nombre del beneficiario _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Fecha de nacimiento del beneficiario _____

Número de Seguro Social/Identificación del Contribuyente del beneficiario _____

Dirección del beneficiario _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono de día: _____ Teléfono particular _____

Dirección de correo electrónico _____

Relación del beneficiario con el fallecido _____

¿El fallecido era ciudadano estadounidense? Sí No En caso de «No», se requerirá el formulario W-8 del IRS.

¿Se reclaman beneficios por muerte accidental? Sí No

En caso de «Sí», proporcione toda información adicional de respaldo incluyendo informe policial, informe del médico forense y recortes de periódicos.

*Solo los beneficiarios primarios, a menos que los beneficiarios contingentes deseen hacer una reclamación.

INFORMACIÓN IMPORTANTE DE IMPUESTOS

Las leyes federales de impuestos sobre la renta nos exigen que usted nos informe su número correcto de Seguro Social/Identificación del Contribuyente.

Lea y complete la siguiente información para cumplir con las leyes federales de impuestos sobre la renta. Consulte «Pautas para determinar el Número de Identificación del Contribuyente correcto» en la página siguiente.

Certificación

Bajo pena de perjurio, certifico que:

1. El número que figura en este formulario es mi número correcto de Seguro Social/Identificación del Contribuyente (o estoy esperando que se me asigne un número).
2. No estoy sujeto a retención adicional porque: (a) Estoy exento de la retención adicional o (b) no he sido notificado por el Servicio de Impuestos Internos (IRS) que estoy sujeto a la retención adicional por no haber informado todos los intereses o dividendos o (c) el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a la retención adicional.
3. Soy ciudadano estadounidense u otra persona de EE. UU.
4. Estoy exento del informe de FATCA.

NOTA: Instrucciones de certificación - Debe tachar el ítem 2 de arriba si ha sido notificado por el IRS de que usted actualmente está sujeto a retención adicional debido a información incompleta de intereses o dividendos en su declaración de impuestos.

El IRS no necesita su consentimiento de ninguna disposición de este documento salvo las certificaciones requeridas para evitar la retención adicional.

Su firma _____ Fecha _____

Escriba su nombre en letra de molde _____

Nota: Su firma como se presenta arriba también se usará para verificar su firma de cheques de la cuenta de ProviderFund®.

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro equipo de Group Life Benefits al 800.451.4531 y será atendido por un representante.

Sun Life Financial Group Life Benefit, PO Box 973050, El Paso, Texas 79997-3050

• T 800.451.4531 • F 816.881.8967 • LifeClaims@sunlife.com www.sunlife.com/us

Nombre del empleado/miembro _____

APELLIDO

NOMBRE

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Fecha de nacimiento _____

PAUTAS PARA DETERMINAR EL NÚMERO CORRECTO DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRIBUYENTE

Los números de Seguro Social tienen nueve dígitos separados por dos guiones, por ejemplo, 123-45-6789. Los números de identificación del empleador tienen nueve dígitos separados por un guión, por ejemplo, 98-7654321. Las siguientes pautas lo ayudarán a determinar el número que debe darnos.

- 1. Para una persona**
Brinde el número de Seguro Social de la persona.
- 2. Para una cuenta en custodia de un menor (Ley Uniforme de Donaciones a Menores)**
Brinde el número de Seguro Social del menor.
- 3. Para una cuenta en nombre de un tutor para un tutor designado, menor o persona incompetente**
Brinde el número de Seguro Social del tutor, menor o persona incompetente
- 4. Para una herencia o un fideicomiso válido**
Brinde el número de identificación del empleador de la herencia o el fideicomiso. *(No proporcione el número de identificación del representante personal o fiduciario).*
- 5. Para una corporación, organización religiosa, de beneficencia o educativa**
Brinde el número de identificación del empleador de la corporación o la organización.

Si no tiene número de Seguro Social o identificación del contribuyente, escriba «Solicitado» en el espacio del número, firme e indique la fecha en el formulario y envíelo a Sun Life Financial. Tendrá 60 días para obtener el número de Seguro Social o identificación del contribuyente e informarnos el mismo.

- «Solicitado» significa que ya ha solicitado o va a solicitar un número de Seguro Social o identificación del contribuyente pronto.
- Debe completar este formulario aun si está exento de la retención adicional para evitar una posible retención adicional incorrecta.
- Si es extranjero, complete y envíenos el formulario W-8 del IRS.

¿ESTÁ EXENTO DEL INFORME DE FATCA?

Puede estar sujeto al informe de FATCA si envía este formulario por una cuenta mantenida fuera de Estados Unidos por algunas instituciones financieras extranjeras. Si envía este formulario por una cuenta que tiene en Estados Unidos, no se requiere el informe de FATCA. Si es extranjero, complete y envíenos el formulario W-8 del IRS. Para obtener más información, consulte Instrucciones generales del formulario W-9 del IRS.

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro equipo de Group Life Benefits al 800.451.4531 y será atendido por un representante.

Nombre del empleado/miembro _____

APELLIDO

NOMBRE

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Fecha de nacimiento _____

Nota importante sobre pago de beneficios: Si usted es un beneficiario personal cuya parte de las ganancias más intereses cumple con nuestros requisitos, se abrirá una cuenta de ProviderFund® (una cuenta que devenga intereses) a su nombre si así lo desea. Los retiros de la cuenta de ProviderFund® (parecidos a cheques) se suministrarán con la aprobación de la reclamación de beneficios permitiendo acceso inmediato a su dinero. Para obtener más información, consulte nuestro folleto de ProviderFund® en <http://www.assurantemployeebenefits.com/816/aebcom/forms/claims/k2796.pdf>.

Beneficios de elegir una cuenta de ProviderFund®

Opciones: Tiene el tiempo que necesita para tomar decisiones financieras importantes y decidir las mejores opciones para su futuro financiero durante este período crítico y difícil.

Seguro: Todos los montos están totalmente protegidos y garantizados por Union Security Insurance Company, una compañía cuya solidez financiera tiene clasificación A (excelente) según AM Best. Estas cuentas no están garantizadas por la Federal Deposit Insurance Corporation (FDIC).

Gratis: Recibirá retiros gratis ilimitados y estados de cuenta mensuales mientras su cuenta esté abierta.

Accesible: Puede hacer retiros por cualquier monto desde \$250 hasta el saldo total en cualquier momento.

Interés: Su cuenta devenga intereses el día de su apertura. El interés es compuesto diario y se acredita en su cuenta el día 20 de cada mes.

Servicio: Puede llamar al 800.451.4531, extensión 2802 durante el horario de atención para hablar con un representante de cuentas para recibir ayuda con su cuenta. Además, puede llamar las 24 horas a nuestra línea gratuita al 888.227.1308 para obtener actualizaciones rápidas de su cuenta.

Elija su método de pago:

- Elijo participar en la opción cuenta de ProviderFund®. Le enviaremos un contrato suplementario para que complete antes de configurar la cuenta.
- Prefiero recibir un cheque por la suma total.

Sección G: Autorización para divulgar información / información médica

(Nota: Si el asegurado estaba en una exención aprobada de reclamación de prima, no es necesario completar esto).

1. Ocasionalmente, en el procesamiento de una reclamación necesitamos comunicarnos con una fuente externa para obtener información adicional. El representante legal o el familiar más cercano del asegurado debe firmar la siguiente autorización para evitar que debamos obtenerla en una fecha futura.

Ante la presentación del original o una copia de esta autorización firmada, autorizo a cualquier profesional médico, hospital u otra institución de atención médica, organización de apoyo de seguros, farmacia, agencia gubernamental, compañía de seguros, titular de póliza de grupo, empleador o un agente, abogado, agencia de informes del consumidor o administrador independiente, actuando en su nombre, a brindar información a Union Security Insurance Company sobre asesoramiento, cuidado o tratamiento proporcionado al asegurado mencionado arriba o cónyuge o hijos menores, cualquier informe de examen post-mortem incluyendo autopsia, análisis toxicológico e investigación. Esto puede incluir información relacionada con enfermedad mental, uso de drogas o consumo de alcohol. Autorizo a cualquier otra compañía de seguros a divulgar información de la póliza y reclamación. Autorizo a cualquier empleador, titular de póliza de grupo o administrador del plan de beneficios a brindar información financiera o relacionada con el empleo a Union Security Insurance Company.

Entiendo que la información autorizada en el presente será usada por Union Security Insurance Company para evaluar una reclamación de beneficios de seguro y que yo o cualquier representante autorizado recibirá una copia de esta autorización a solicitud. La información obtenida no se divulgará a ninguna persona u organización EXCEPTO a compañías de seguros u otra persona u organización que haga negocios o servicios legales relacionados con la reclamación. Esta autorización no se rige por la ley HIPAA, sin embargo, cuando sea necesario, es posible que me soliciten que firme un formulario de autorización HIPAA, para que Union Security Insurance Company pueda usar y divulgar información protegida sobre su salud.

Esta autorización es válida desde la fecha de la firma por la duración de la reclamación.

Firma _____ Fecha _____

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro equipo de Group Life Benefits al 800.451.4531 y será atendido por un representante.

Nombre del empleado/miembro _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Fecha de nacimiento _____

2. Indique el nombre y la dirección del médico de cabecera del empleado/dependiente.

<u>Nombre</u>	<u>Dirección</u>	<u>Número de teléfono</u>	<u>Fechas de tratamientos</u>	<u>Afecciones</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

INSTRUCCIONES PARA EL BENEFICIARIO

Si el asegurado no nombra un beneficiario o si el beneficiario nombrado ha fallecido antes que el asegurado:

- Envíe una copia certificada del certificado de defunción del beneficiario que falleció antes que el asegurado.
- Los beneficios del seguro de vida se pagarán en el orden especificado en las disposiciones de la póliza del contrato.
- El familiar más cercano debe completar una declaración de supervivencia (formulario KC2181A).

Si el beneficiario es la herencia:

- Los beneficios del seguro de vida se pagarán al albacea/administrador de la herencia. El albacea/administrador es designado por el tribunal sucesorio y es responsable de administrar la herencia del asegurado. Tenga en cuenta que la persona designada como albacea/administrador en el testamento del asegurado debe ser nombrada por el tribunal antes de que se pueda realizar el pago.
- El albacea/administrador de la herencia debe completar la declaración del reclamante y proporcionar una copia certificada de las cartas testamentarias o cartas de administración emitidas por el tribunal sucesorio. El número de Identificación del Contribuyente de la herencia (no el número de Seguro Social) es necesario en la declaración del reclamante.

Si el beneficiario es un menor:

- Para recibir el pago de los réditos de un seguro de vida, el beneficiario debe ser mayor de edad, según lo determina el estado donde reside el beneficiario. En casi todos los estados, la mayoría de edad es a los 18 años.
- Si el beneficiario tiene menos de 18 años de edad, entonces el padre o tutor del menor beneficiario debe completar y firmar la declaración del reclamante. Las ganancias se depositarán en una cuenta bloqueada de ProviderFund® hasta que:
 - El menor beneficiario alcance la mayoría de edad; como alternativa,
 - El pago se hará a un tutor del menor nombrado por el tribunal. El tutor es designado por el tribunal y es responsable de administrar la herencia del menor. Se deberá enviar una copia de las cartas de custodia de la herencia del menor a nuestra oficina.

Si el beneficiario es un fideicomiso:

- Cuando un fideicomiso o contrato fiduciario es designado como el beneficiario, se debe presentar una copia de las siguientes páginas del fideicomiso: **Primera página del fideicomiso, designación del fideicomisario o fideicomisario sucesor, página de firmas del fideicomiso.**

Si la muerte del asegurado es la consecuencia directa de un accidente, los beneficios por muerte accidental pueden ser pagaderos si la póliza incluye muerte accidental.

- Si presenta una reclamación por muerte accidental, adjunte toda la información de respaldo disponible como el informe de la investigación oficial (policía, accidente, incendio, FAA, OSHA), el informe del médico forense o recortes de periódicos.

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro equipo de Group Life Benefits al 800.451.4531 y será atendido por un representante.

Autorización de HIPAA para divulgación de información de salud protegida - Seguro de Vida



Nombre del asegurado/miembro _____ N.º de Seguro Social _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Persona que es el sujeto de la información de salud protegida _____

N.º de póliza _____ N.º de participación _____ N.º de cuenta _____ N.º del certificado _____

Personas/categorías de personas que brindan la información: Entidades que tienen la información identificadas a continuación, incluyendo médicos, proveedores de servicios médicos, farmacia, gerente de beneficios de farmacia o cualquier entidad de servicios relacionados con farmacia; compañía de seguros, Administración del Seguro Social, agencia gubernamental, proveedor profesional o empleador que tenga información médica con respecto a cualquier afección física o mental de la persona mencionada anteriormente.

Personas/categorías de personas que reciben la información: Union Security Insurance Company o Union Security Life Insurance Company of New York («compañías»).

Por este medio autorizo el uso o divulgación de información de salud protegida sobre la persona mencionada anteriormente como se describe a continuación:

Descripción de la información que se divulgará: Registros sobre asesoramiento, cuidado o tratamiento médico. Esto puede incluir, aunque no exclusivamente, información sobre el uso de drogas o consumo de alcohol; informe de examen post-mortem incluyendo autopsia, análisis toxicológico e informes de investigación; informes del accidente realizados por personal de ambulancia, policía y paramédicos; otras compañías de seguros o una compañía de seguros de vida anterior o una póliza de seguro de vida e información de la reclamación relacionada; e información financiera o relacionada con el empleo.

El único propósito de esta divulgación es la adjudicación de una reclamación de beneficios de seguro de vida conforme la póliza mencionada anteriormente.

Entiendo lo siguiente:

- Tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización, sin embargo, si me niego a firmar esta autorización entiendo que las compañías no podrán reunir la información necesaria para determinar si soy elegible para cobertura o beneficios de la póliza de seguro de una de las compañías. Entiendo que una fotocopia o fax de esta autorización tiene la misma validez que el original. A solicitud, puedo recibir una copia de esta autorización.
- Esta autorización es voluntaria. Puedo revocarla en cualquier momento escribiendo a Sun Life Financial, Privacy Office, PO Box 419052, Kansas City, MO 64141-6052. Dicha revocación no afectará ninguna medida tomada por las compañías antes de la recepción de la revocación.
- La legislación federal obliga a que le informemos que la información que recopilamos puede que, bajo ciertas circunstancias, la divulguemos a terceros y, por ello, deje de estar protegida por la legislación federal. Solo para Oklahoma - se nos exige que le informemos que **la información autorizada para ser divulgada puede incluir información que puede indicar la presencia de una enfermedad contagiosa o no contagiosa.**
- Entiendo que la información obtenida por esta autorización puede ser usada o divulgada por planes que son y no son de HIPAA.
- La autorización tiene vigencia desde la fecha de la firma hasta que se alcance una adjudicación definitiva de la reclamación de beneficios del seguro de vida o 24 meses desde la fecha de la firma, lo que ocurra primero.

FIRMA DEL INDIVIDUO O REPRESENTANTE PERSONAL

FECHA

Nombre en letra de molde del representante personal _____

Relación con el asegurado/miembro _____
(por ejemplo, TUTOR LEGAL, ALBACEA, ADMINISTRADOR O FAMILIAR MÁS CERCANO)

USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN

Haga una copia de la autorización firmada para sus registros. Luego envíe por correo o fax la autorización completa y firmada para el procesamiento a la dirección correspondiente de abajo, agregando attention Life Claims:

Sun Life Financial es la marca de los productos de seguro suscritos por Union Security Insurance Company.

© 2016 Sun Life Assurance Company of Canada, Wellesley Hills, MA 02481. Todos los derechos reservados. Sun Life Financial y el símbolo del globo son marcas comerciales registradas de Sun Life Assurance Company of Canada. Visítenos en www.sunlife.com/us.

Sun Life Financial Group Life Benefit, PO Box 973050, El Paso, Texas 79997-3050

• T 800.451.4531 • F 816.881.8967 • LifeClaims@sunlife.com www.sunlife.com/us