



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



DearbornCaresSM

Pago adelantado del beneficio del seguro de vida

DearbornCares proporciona un pago por adelantado de hasta \$50,000 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 \$50,000 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 \$50,000 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, deberá adjuntar el comprobante de la deducción de la nómina

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

Enviar a:

Blue Cross and Blue Shield of Illinois

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

**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: <i>(Consulte su certificado para conocer los beneficios adicionales incluidos. Es posible que no todos se apliquen).</i>				
☐ 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

**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.



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:

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:
Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL)
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 BCBSIL (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:	Código postal: