

Combined Insurance Worksite Solutions
A unit of Combined Life Insurance Company of New York

Departamento de reclamos • PO Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700 Teléfono 1-888-441-7936 Fax 312-351-6930

Formulario de reclamo de seguro de vida

Reclamo número: _____

A SER COMPLETADO POR EL BENEFICIARIO

INFORMACIÓN DEL DIFUNTO

Nombre Completo del difunto				Número de póliza		Número de formulario/plan	
Enumere los otros nombres que pueda haber usado el difunto tales como nombre de soltera, apodo, nombre compuesto, alias, etc.				Número de póliza		Número de formulario/plan	
Dirección del difunto (calle y número)		Ciudad	Estado	Código Postal	Número de póliza		Número de formulario/plan
F. de nac. del difunto	Mes / Día / Año	Fecha de Fallecimiento	Mes / Día / Año	Número de póliza		Número de formulario/plan	
<i>Si la muerte se debió a una ENFERMEDAD Completar</i>	Naturaleza de la enfermedad						
<i>Si la muerte se debió a un ACCIDENTE Completar</i>	Fecha del accidente		Naturaleza de las lesiones				
	Mes / Día / Año	Describa dónde y cómo sucedió el accidente					

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre Completo del Beneficiario			F. de nac. del beneficiario	Mes / Día / Año	Relación con el difunto		
Dirección postal (calle y número)		Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono particular ()		
Si el beneficiario es un menor, enumere el padre/madre/tutor y su dirección					Teléfono laboral ()		
Dirección de correo electrónico					Teléfono móvil ()		

NOTIFICACIÓN DE FRAUDE

NEW YORK: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de cometer fraude contra una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguros o declaración de reclamo que contenga cualquier información materialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información con respecto a cualquier hecho material con ese fin comete un acto fraudulento de seguros, el cual es un delito y deja a dicha persona sujeta a sanciones civiles que no habrán de superar los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada violación de este tipo.

Firma del beneficiario

Fecha

FIRMA REQUERIDA DEL BENEFICIARIO Y CERTIFICACIÓN W-9

Al reclamar estos beneficios declaro que todas las respuestas registradas en este Formulario de reclamo de seguro de vida son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. También comprendo que la compañía se reserva el derecho de solicitar u obtener otra información si lo considerara necesario.

Sustitución de W-9

Bajo pena de perjurio, certifico que:

1. El número que figura en este formulario es mi número de identificación de contribuyente correcto (o estoy esperando que se emita un número a mi nombre) y
2. No estoy sujeto a retenciones adicionales porque (a) estoy exento de retenciones adicionales o (b) el Servicio de Impuestos Internos (IRS) no me ha notificado que fuera sujeto de retenciones adicionales por no haber reportado todos los intereses o dividendos o (c) el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a retenciones adicionales y
3. Soy estadounidense (incluyendo extranjeros residentes en Estados Unidos).

El Servicio de Impuestos Internos no requiere su consentimiento para ninguna de las provisiones del presente documento más que la certificación necesaria para evitar retenciones adicionales.

Firma del beneficiario

Fecha

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número del Seguro Social / Número de Identificación de Impuestos o ITIN

Nombre del beneficiario en imprenta

Relación*

*Si es firmado en nombre del beneficiario como el apoderado, tutor o preservador, adjunte una copia del documento que otorga la autoridad.

Favor de enviar los siguientes documentos via el correo postal o por fax al 1-312-351-6930.

1. Formulario de reclamo (Completamente llenado y firmado)
2. Una copia certificada del Acta de Defunción
3. Una copia del obituario, si disponible