



DECLARACIÓN JURADA DE SOBREVIVENCIA

LLENAR EN LETRA DE MOLDE

Enviar este formulario a:

GROUP LIFE CLAIM DEPARTMENT
The Union Labor Life Insurance Company
8403 Colesville Road • Silver Spring, MD 20910
Teléfono: (202) 682-6768 • Fax: (202) 962-2939
Línea gratuita: (866) 795-0680

INSTRUCCIONES

Esta declaración jurada debe ser completada cuando no existe un beneficiario designado por el asegurado o que sobreviva al momento del fallecimiento del asegurado. Debe ser completada por todos los miembros de primer grado, en orden descendiente, en la cual haya al menos un miembro que sobreviva.

Clases de Beneficiarios Preferenciales en Orden de Sucesión

1. Cónyuge Sobreviviente
2. Hijos Sobrevivientes
3. Padres Sobrevivientes
4. Hermanos y Hermanas Sobrevivientes
5. Albaceas o Administradores

Deberá tacharse del último párrafo de la declaración jurada toda clase en la que haya miembros sobrevivientes y que no sea aquella cuyos miembros están completando la declaración jurada.

PARA SER COMPLETADO CUANDO NO HAYA UN BENEFICIARIO DESIGNADO O SOBREVIVIENTE AL MOMENTO DE LA MUERTE DEL ASEGURADO

Estado de: _____ Condado de: _____

Nombre completo: _____ N.º Seguro Social: _____,
habiendo sido debidamente juramentado, declara:

Nombre completo: _____ N.º Seguro Social: _____,
habiendo sido debidamente juramentado, declara:

- Marque una: Soy el único pariente sobreviviente más cercano del difunto que se indica abajo
- Somos los parientes sobrevivientes más cercanos del difunto que se indica abajo

_____, quien estaba asegurado bajo el Certificado N.º _____
Nombre del Difunto

emitido bajo la Póliza Grupal N.º _____, por The Union Labor Life Insurance Company.

Al momento de la muerte, al fallecido, _____, no le sobrevivió cónyuge, hijo o hijos, padre/madre o padres, ni hermanos o hermanas que no sea(n) aquel(los) nombrado(s) en esta declaración jurada.

Firma: X _____ Parentesco: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: X _____ Parentesco: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Jurado ante mí en este _____ día del mes de _____, 20 _____

Firma del Notario Público: X _____



DECLARACIÓN JURADA DE SOBREVIVENCIA
LLENAR EN LETRA DE MOLDE

Enviar este formulario a:
GROUP LIFE CLAIM DEPARTMENT
The Union Labor Life Insurance Company
8403 Colesville Road • Silver Spring, MD 20910
Teléfono: (202) 682-6768 • Fax: (202) 962-2939
Línea gratuita: (866) 795-0680

AVISOS DE FRAUDE

Arkansas: Cualquier 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 puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

California: Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente figure en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida, es culpable de un crimen y podrá estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proveer, a sabiendas, hechos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, provea hechos o información falsa, incompleta o engañosa a un titular de póliza o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagadera con los ingresos del seguro, será denunciado a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias reguladoras.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Es un delito proveer información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora puede negar los beneficios del seguro si el solicitante proveyó información falsa que está sustancialmente relacionada a una reclamación.

Florida: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a alguna aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.

Luisiana: Cualquier 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 podrá estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Maryland: Cualquier persona que deliberada o voluntariamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para pago de una pérdida o beneficio, o que deliberada o voluntariamente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Nuevo México: CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS, PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE A SABIENDAS PRESENTE INFORMACION FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PODRÁ ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

Nueva Jersey: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamación que contenga alguna información falsa o engañosa, estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Nueva York: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicha reclamación, comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona será sometida a sanciones civiles que no exceden los cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación para cada una de dichas violaciones.

Pensilvania: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o, con el propósito de engañar, oculte información que contenga hechos esenciales de dicha reclamación, comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona será sometida a sanciones penales y civiles.

Rhode Island: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para pago de una pérdida o beneficio o, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Washington: Es un delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen prisión, multas y la denegación de los beneficios del seguro.

Para todos los demás estados: ADVERTENCIA: Cualquier persona que, actuando por su cuenta o en confabulación con cualquier otra, a sabiendas y con la intención de defraudar, perjudicar o engañar a alguna compañía de seguros, someta una reclamación o solicitud que contenga información falsa, engañosa o incompleta, comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles, o a la denegación de los beneficios.

Doy fe de que he revisado, comprendo y acepto la(s) advertencia(s) de fraude.

Firma del Miembro o Reclamante

Fecha