

## EVIDENCIA DE PÉRDIDA

(Desmembramiento Accidental,  
Parálisis, Pérdida de la Vista,  
Habla o Audición)

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  
Línea gratuita: (866)795-0680  
Fax: (202) 962-2939

### 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 FRAUDULENTE 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.



## **EVIDENCIA DE PÉRDIDA**

(Desmembramiento Accidental,  
Parálisis, Pérdida de la Vista,  
Habla o Audición)

**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

Línea gratuita: (866) 795-0680

Fax: (202) 962-2939

### **AVISOS DE FRAUDE (continuación)**

**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.

## EVIDENCIA DE PÉRDIDA

(Desmembramiento Accidental,  
Parálisis, Pérdida de la Vista,  
Habla o Audición)

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  
Línea gratuita: (866) 795-0680  
Fax: (202) 962-2939

### CUENTA DE ACTIVOS DEL BENEFICIARIO DE ULLICO\*

**Si su beneficio del seguro es de \$10,000 o más, por favor complete esta sección.**

Usted puede elegir una de las dos opciones a continuación para recibir el pago de sus beneficios. Si escoge la Cuenta de Activos del Beneficiario, la compañía de seguros The Union Labor Life Insurance Company abrirá a su nombre una Cuenta de Activos del Beneficiario gratuita, que devengará intereses. Una vez sea aprobada esta reclamación, se le enviarán los cheques gratuitos y la descripción de este servicio. Algunas de las características incluyen:

**Seguridad** – El monto completo de la Cuenta, incluso el interés devengado, está totalmente garantizado por The Union Labor Life Insurance Company.

**Competitiva** – La Cuenta devenga una tasa de interés competitiva. El interés se capitaliza diariamente y se acredita mensualmente a su cuenta. Vaya a [www.Ullico.com/BeneficiaryAssetAccount](http://www.Ullico.com/BeneficiaryAssetAccount) (en inglés) para obtener la tasa de interés actual y para más información.

**Conveniente** – Usted puede retirar fondos inmediatamente por montos tan altos como el balance completo de la cuenta. No hay límite en lo que pueda retirar de su cuenta cada mes, siempre y cuando el total combinado no exceda el balance de su cuenta.

**Gratis** – No hay cargos de servicio mensuales, gastos de cierre ni cargos por realizar retiros.

**Servicio completo** – Tiene a su disposición acceso telefónico gratuito a representantes de atención al cliente especialmente capacitados.

**Estados de cuenta** – Recibirá estados de las transacciones mensuales que muestran los retiros, el interés acreditado, las tasa de interés aplicada y cualquier otra actividad de su cuenta. Los cheques cancelados serán retenidos por el banco The Bank of New York Mellon. Las copias de los cheques cancelados podrán obtenerse al contactar al Servicio de Atención al Cliente al (844) 233-3987.

**Interés** – Su Cuenta de Activos del Beneficiario de Ullico empieza a devengar intereses desde la fecha en que se establece la cuenta hasta la fecha en que se liquida cada retiro de la cuenta. El interés se capitaliza a diario y se acredita a la cuenta al final de cada mes o cuando se cierre la cuenta sea. La tasa de interés será determinada por The Union Labor Life Insurance Company, y se revisará periódicamente y se cambiará a discreción de Union Labor Life. La tasa de interés mínima es de 0.25 %. El interés pagado en esta cuenta podrá estar sujeto al pago de contribuciones.

Consulte a su asesor de impuestos.

Los fondos girados contra la Cuenta de Activos del Beneficiario de Ullico, son pagaderos a través de The Bank of New York Mellon y liquidados a través de Bancos de la Reserva Federal\*. El balance de la cuenta está completamente garantizado por The Union Labor Life Insurance Company.

\*La cuenta no está asegurada por la FDIC y el monto de la cuenta podría exceder el límite protegido por el fondo estatal de garantía de seguros en caso de insolvencia de la aseguradora. Sin embargo, están respaldados por la fortaleza financiera de la compañía de seguros, al igual que las primas pagadas hacia la póliza de seguro. Además, están garantizados por las Asociaciones de Garantías Estatales. Para más información sobre su estado específico, visite el sitio web de la Organización Nacional de Asociaciones de Garantía de Vida y Salud (NOLHGA, por sus siglas en inglés) a través de [www.nolhga.com](http://www.nolhga.com).



**EVIDENCIA DE PÉRDIDA**  
(Desmembramiento Accidental,  
Parálisis, Pérdida de la Vista,  
Habla o Audición)

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

**CUENTA DE ACTIVOS DEL BENEFICIARIO DE ULLICO\***  
(continuación)

**Si su beneficio del seguro es de \$10,000 o más, por favor complete esta sección.**

**Tiempo para decidirse** – Su Cuenta de Activos del Beneficiario de Ullico está diseñada para brindarle acceso fácil a su dinero, a la vez que devenga una tasa de interés competitiva desde el momento en que se establece su cuenta.

**Usted puede escoger otra opción que no sea la Cuenta de Activos del Beneficiario de Ullico, como recibir un cheque por el monto completo del beneficio. Para detalles sobre otras opciones de liquidación, comuníquese con el departamento de Reclamaciones de Vida Grupal al 866-795-0680 o escriba a: 8403 Colesville Road, Silver Spring, MD 20910.**

**Marque la casilla correspondiente a continuación:**

- Sí, favor de abrir una Cuenta de Activos del Beneficiario de Ullico
- Favor de enviar un cheque por el monto total \_\_\_\_\_

\*La Cuenta de Activos del Beneficiario de Ullico no está disponible para el beneficiario, si: (1) el monto del beneficio es menos de \$10,000; (2) el beneficiario es menor de edad; (3) el beneficiario reside en un país extranjero; (4) el beneficiario es una corporación, sociedad, entidad exenta de impuestos, fideicomiso o cualquier otro tercero. Si no escoge una opción, se le enviará un cheque por el monto total.

Firma del Beneficiario X \_\_\_\_\_  
FIRME TAL COMO FIRMARÍA UN CHEQUE

Fecha: \_\_\_\_\_



**EVIDENCIA DE PÉRDIDA**  
(Desmembramiento Accidental,  
Parálisis, Pérdida de la Vista,  
Habla o Audición)

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

**A SER COMPLETADO POR EL TITULAR DEL LA PÓLIZA**

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
N.º de la póliza grupal: \_\_\_\_\_ Monto del seguro: \$ \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Por la presente se certifica que el asegurado nombrado anteriormente era elegible para recibir beneficios en la fecha en que ocurrió el accidente. Reconozco que he leído las advertencias de fraude anteriores.

Firma del representante del titular de la póliza: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma y cargo

**A SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO**

**Asegúrese de contestar todas las preguntas pertinentes y de incluir la debida documentación adicional antes de enviar la reclamación, para evitar retrasos innecesarias en el procesamiento de la misma.**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección/N.º de apartado postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Última fecha en que trabajó: \_\_\_\_\_

Fecha y hora del accidente por el cual se hace esta reclamación: \_\_\_\_\_

Lugar en que ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_

Fecha del primer tratamiento por un médico: \_\_\_\_\_ Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Dirección del médico: \_\_\_\_\_

Nombres y direcciones de las personas que presenciaron el accidente: \_\_\_\_\_

Causa y circunstancias del accidente. (Breve explicación de cómo sucedió. Adjunte documentación adicional, informe policial, artículos de prensa, etc.):

¿Qué lesiones corporales sufrió, causadas en su totalidad por el accidente, que no existían previamente y no se deben total o parcialmente a otras causas?

**Por este medio certifico que mis respuestas a las preguntas son completas y verdaderas a mi leal saber y entender. Acepto haber leído las advertencias de fraude en las páginas 1 y 2 de este formulario.**

Firma del asegurado: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

**1. Yo (el abajo firmante) autorizo** a cualquier médico, profesional médico, farmacéutico u otro proveedor de servicios de atención médica, hospital, clínica u otro centro médico o relacionado con la medicina; compañía de seguros o reaseguros; agencia del gobierno; Departamento de Trabajo; departamento de seguridad u orden público; titular de póliza grupal; empleador; o administrador de pólizas o planes de beneficios a divulgar información de los registros de:

Nombre del reclamante/asegurado: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

### Información del reclamante/asegurado a ser divulgada:

- Datos o registros relacionados al historial médico, tratamiento, recetas, consultas, (incluidos informes médicos y psicológicos, registros, gráficos, notas [excluidas las notas de psicoterapia], radiografías, películas o correspondencia, y cualquier condición médica);
- Toda información relacionada con la cobertura del seguro; y
- Informe del accidente o cualquier informe de investigación oficial (como policía, bomberos, FAA, OSHA o informe de toxicología).

**La información se divulgará a: The Union Labor Life Insurance Company**, Attn: Group Life Claim Department, 8403 Colesville Road, Silver Spring, MD 20910.

**Entiendo que la información obtenida** mediante el uso de esta Autorización será utilizada por The Union Labor Life Insurance Company ("Compañía") para evaluar mi reclamación de Beneficios por Coma/Lesión Cerebral. La Compañía solo divulgará dicha información:

- a su reasegurador u otras personas u organizaciones que realicen servicios comerciales o legales en relación con mi(s) reclamaciones(s); o
- según lo requiera la ley o según yo pueda autorizar.

Además, entiendo que el negarme a firmar esta Autorización puede resultar en la denegación de beneficios.

**Entiendo que la información utilizada** para divulgarse puede estar sujeta a que el destinatario la vuelva a divulgar, y es posible que ya no esté protegida por la ley federal. Para reclamaciones de Colorado, la información divulgada no puede volverse a divulgar o usar por el destinatario conforme a la ley de Colorado.

**Entiendo que puedo revocar esta Autorización** por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que:

- 1) la Compañía haya tomado medidas basándose en esta Autorización; o
- 2) la Compañía esté utilizando esta Autorización en conexión con una reclamación impugnada. Si no se recibe la revocación por escrito, esta autorización se considerará válida por un período de tiempo que no exceda los 24 meses a partir de la fecha de mi firma a continuación. Para iniciar la revocación de esta Autorización, dirija toda la correspondencia a la Compañía a la dirección anterior.

**Una fotocopia de esta Autorización se considerará tan válida como el original.**

**Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.**

Representante legal (pariente más cercano, tutor legal o representante designado para firmar solo si el reclamante/asegurado es menor de edad, legalmente incapaz o ha fallecido). Se debe adjuntar un poder notarial o tutela.

Firma: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CERTIFICADO MÉDICO**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Proporcione su diagnóstico: \_\_\_\_\_

Proporcione una descripción completa de las lesiones: \_\_\_\_\_

¿En qué fecha ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_

¿En qué fecha el paciente le consultó por primera vez acerca de este accidente? \_\_\_\_\_

¿Las lesiones del paciente fueron tratadas por otros médicos?  Sí  No

De ser sí, enumere los nombres y direcciones, de conocerlos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si se realizó una cirugía, indique el tipo de cirugía realizada y la fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique el nombre y la dirección del hospital donde se realizó la cirugía, de conocerlos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hubo alguna complicación después de la cirugía?  Sí  No

De ser sí, explique detalladamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Esta reclamación es por desmembramiento. Marque el punto exacto de la amputación en el diagrama.

Esta reclamación es por parálisis. Indique el alcance de la parálisis en el diagrama.

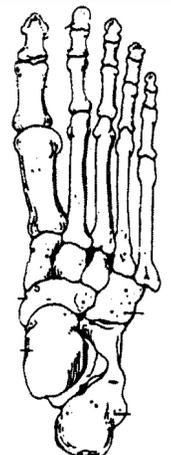
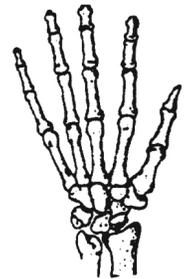
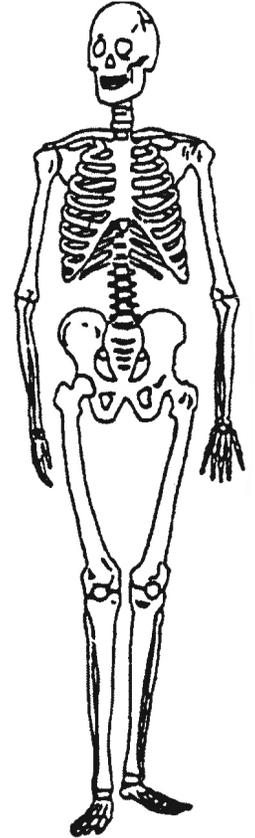
La parálisis es permanente, completa e irreversible.  Sí  No

Esta reclamación es por pérdida de uso. Identifique las áreas afectadas en el diagrama.

¿Fue el desmembramiento/parálisis/pérdida el resultado directo de lesiones sufridas en un accidente, independiente de todas las causas?  
 Sí  No

De ser no, explique detalladamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





**EVIDENCIA DE PÉRDIDA**  
(Desmembramiento Accidental,  
Parálisis, Pérdida de la Vista,  
Habla o Audición)

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

**CERTIFICADO MÉDICO (Continuación)**

Si esta reclamación es por pérdida de la vista, ¿cuál es la agudeza visual del paciente? \_\_\_\_\_ ¿La pérdida es total y permanente?  Sí  No

¿La pérdida se debe al accidente?  Sí  No Explique detalladamente: \_\_\_\_\_

¿Se puede corregir la visión con cirugía o con lentes?  Sí  No De ser sí, ¿en qué grado? \_\_\_\_\_

Si esta reclamación es por pérdida del habla o audición, adjunte los resultados del examen y del laboratorio.

En el momento de la lesión, ¿se le había diagnosticado al paciente alguna enfermedad específica, dolencia o lesiones antiguas?  Sí  No

De ser sí, enumere los diagnósticos: \_\_\_\_\_

¿Durante qué periodo estuvo el paciente continuamente discapacitado? \_\_\_\_\_

¿El paciente ha sido dado de alta para volver al trabajo?  Sí  No

De ser sí, explique detalladamente: \_\_\_\_\_

¿Considerara que la lesión está relacionada con el trabajo?  Sí  No

De ser sí, explique detalladamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha elaborado un informe de esta naturaleza para alguna otra compañía de seguros?  Sí  No

De ser sí, provea el nombre y dirección: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Nombre del médico en letra de molde: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ N.º de identificación fiscal: \_\_\_\_\_

Firma del médico: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**LEA Y COMPLETE TODAS LAS PÁGINAS**