

INSTRUCCIONES:

1. 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.
2. Junto a esta reclamación, someta una copia certificada del Acta de Defunción oficial, y una copia original de la tarjeta de inscripción que incluya todos los cambios de beneficiario correspondientes. Si está reclamando beneficios por Muerte Accidental, provea una copia de cualquier informe policial, autopsia, artículo de periódico o documentación similar que describa el accidente.
3. Si los beneficios son pagaderos a un beneficiario menor de edad, se requiere presentar una copia certificada del nombramiento de un tutor de la herencia del menor por parte del tribunal, antes de efectuar cualquier pago.
4. Si los beneficios son pagaderos a los herederos del difunto, se requiere presentar una copia certificada del nombramiento de un albacea o administrador de la herencia del difunto por parte del tribunal, antes de efectuar cualquier pago.
5. Si el beneficiario designado falleció antes que el asegurado, se requerirá una copia certificada del Acta de Defunción del beneficiario fallecido.
6. Si no se designó a un beneficiario o si el beneficiario designado falleció antes que el asegurado, entonces el seguro será pagadero según el siguiente orden de preferencia: cónyuge sobreviviente, hijos del fallecido, padres del fallecido, hermanos del fallecido o a los albaceas o administradores de la herencia del fallecido, a menos que sea específicamente designado por la póliza.
7. Si más de un beneficiario tiene derecho a recibir el beneficio del seguro, los beneficiarios adicionales deben firmar a continuación y proveer la información requerida.
8. Si el difunto estaba total y permanentemente incapacitado, y la muerte ocurrió más de 31 días después de la terminación del seguro bajo la póliza grupal, el beneficiario debe completar y hacer que el médico tratante del difunto complete la solicitud de Discapacidad Total y Permanente (formulario N.º LHFM-ULL-1141), que deberá remitirse con la reclamación.

ESTE ESPACIO FUE DEJADO EN BLANCO INTENCIONALMENTE

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.



EVIDENCIA DE MUERTE

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 (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.

Doy fe de que he revisado, comprendo y acepto las advertencias de fraude.

Firma del miembro o reclamante: X _____ Fecha: _____



EVIDENCIA DE MUERTE

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

DECLARACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

Esta reclamación es presentada por los siguientes beneficios y montos.

Nombre del asegurado: _____

Tipo de reclamación	Monto del seguro	Número de póliza
Vida Básica:	\$ _____	G- _____
Vida Suplementaria:	\$ _____	G- _____
Muerte Accidental:	\$ _____	C- _____

El difunto era: Activo Jubilado Cónyuge Hijo

Certificación del titular de la póliza

Certificamos que el difunto era elegible al momento de la muerte.

Titular de la póliza:

Nombre del Sindicato,
Fondo o Empleador

Por:

Fecha y título

Fecha: _____

SOBRE EL DIFUNTO

1a. Nombre: _____

1b. N.º de Seguro Social: _____

2a. Fecha de nacimiento: _____
Mes/día/año

2b. Lugar de nacimiento: _____
Ciudad/Estado

3a. Fecha de la muerte: _____
Mes/día/año

3b. Fecha del fallecimiento: _____
Ciudad/Estado

4a. Última fecha en que trabajó: _____

4b. Última ocupación: _____

4c. Causa de muerte (en detalle): _____

LAS PREGUNTAS N.º 5 Y 6 SOLO DEBEN CONTESTARSE SI SE PRESENTA UNA RECLAMACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL.

5a. Fecha del accidente: _____ 5b. Lugar del accidente: _____

6. Describa en detalle cómo ocurrió el accidente y la naturaleza de las lesiones recibidas: _____

DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO (se debe proveer el Número de Seguro Social del Beneficiario)

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____

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

Teléfono diurno: _____ Teléfono nocturno: _____ Relación con el fallecido: _____

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 2 y 3 de este formulario.

BENEFICIARIO _____ Fecha _____



EVIDENCIA DE MUERTE

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

Para beneficiarios adicionales, complete la siguiente información:

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____

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

Teléfono diurno: _____ Teléfono nocturno: _____ Relación con el fallecido: _____

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 2 y 3 de este formulario.

BENEFICIARIO _____ Fecha: _____

Firma

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____

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

Teléfono diurno: _____ Teléfono nocturno: _____ Relación con el fallecido: _____

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 2 y 3 de este formulario.

BENEFICIARIO _____ Fecha: _____

Firma

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____

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

Teléfono diurno: _____ Teléfono nocturno: _____ Relación con el fallecido: _____

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 2 y 3 de este formulario.

BENEFICIARIO _____ Fecha: _____

Firma

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____

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

Teléfono diurno: _____ Teléfono nocturno: _____ Relación con el fallecido: _____

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 2 y 3 de este formulario.

BENEFICIARIO _____ Fecha: _____

Firma

LEA Y COMPLETE TODAS LAS PÁGINAS

Página 5 de 7



EVIDENCIA DE MUERTE

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

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 (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, la 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.

Tiempo para decidirse – Cu 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.

LEA Y COMPLETE TODAS LAS PÁGINAS



EVIDENCIA DE MUERTE

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

CUENTA DE ACTIVOS DEL BENEFICIARIO DE ULLICO* (continuación)

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 Seguro de Vida Grupal al 866-795-0680 o escriba a: 8403 Colesville Road, Silver Spring, MD 20910.

Por favor, seleccione la casilla que corresponda abajo:

Sí, abran una Cuenta de Activos del Beneficiario de Ullico Envíenme un cheque por el monto completo _____

*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, un fideicomiso o cualquier otro tercero. Si no escoge una opción, se le enviará un cheque por el monto completo.

Firma del Beneficiario X _____ Fecha _____

FIRME TAL COMO FIRMARÍA UN CHEQUE

LEA Y COMPLETE TODAS LAS PÁGINAS

Página 7 de 7