



# Formulario de Reclamación por Fallecimiento

(EL FORMULARIO DE SOLICITUD DEBE DEVOLVERSE CON UN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ORIGINAL)

## SECCIÓN I

|                                       |                     |                     |                     |               |
|---------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------|
| Nombre completo del difunto           |                     |                     | Número(s) de póliza |               |
| Número de Seguridad Social            | Fecha de nacimiento | Lugar de nacimiento |                     |               |
| Dirección de residencia del fallecido |                     | Ciudad              | Estado              | Código postal |
| Fecha de la muerte                    | Lugar de la muerte  | Causa de la muerte  |                     |               |

## SECCIÓN II

Ocupación del fallecido \_\_\_\_\_ Fecha del último trabajo \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo se quejó el fallecido por primera vez o dio otros indicios de su última enfermedad? \_\_\_\_\_

Nombre/direcciones o números de teléfono de todos los médicos o facultativos a los que haya consultado el asegurado: \_\_\_\_\_

| Nombre | Dirección | Número de teléfono | Fecha de asistencia | Enfermedad/Condición |
|--------|-----------|--------------------|---------------------|----------------------|
|        |           |                    |                     |                      |
|        |           |                    |                     |                      |

## SECTION III

Las declaraciones anteriores son verdaderas y completas. Yo/hosotros estamos de acuerdo en que la Compañía puede basarse en ellas como parte de las pruebas de muerte bajo las pólizas numeradas arriba. Cualquier médico o practicante que haya atendido al Asegurado Fallecido, y/o cualquier hospital (incluyendo el Hospital de Administración de Veteranos) u otra institución en la que el Asegurado Fallecido haya sido tratado o confinado, está por la presente autorizado a suministrar a Leaders Life Insurance Company o a sus representantes, toda la información y los registros con respecto a cualquier enfermedad o lesión, historial médico, consultas, prescripciones o tratamientos relacionados con el Asegurado Fallecido. Dicha información podrá ser incluida como parte de las pruebas de fallecimiento presentadas a la Compañía. Asimismo, entiendo que la información cuya divulgación se autoriza puede indicar la presencia de una enfermedad contagiosa o venérea que puede incluir, entre otras, enfermedades como la hepatitis, la sífilis, la gonorrea o el virus de la inmunodeficiencia humana, también conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS).

**ADVERTENCIA:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una reclamación de los beneficios de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

- Aplicable a los residentes de OK: ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, haga cualquier reclamación de los beneficios de una póliza de seguro que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.
- Aplicable a los residentes de AR y LA: 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
- Aplicable a los residentes de KS: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de defraudar, presente una solicitud o una reclamación que contenga información materialmente falsa o engañosa puede ser culpable de fraude al seguro según lo determine un tribunal de justicia.
- Aplicable a los residentes en AL: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o prestación o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede ser objeto de restitución, multas o reclusión en prisión, o cualquier combinación de las mismas.
- Aplicable a los residentes de FL: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier 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.
- Aplicable a los residentes de NM: 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 civiles y sanciones penales.

|   |                     |                        |              |               |
|---|---------------------|------------------------|--------------|---------------|
| Imprima el nombre del beneficiario  |                     | Firma del beneficiario |              |               |
| Número de Seguridad Social  | Fecha de nacimiento |                        |              |               |
| Dirección de residencia del beneficiario  |                     | Ciudad                 | Estado       | Código postal |
| Fecha en _____  |                     | Este _____             | Día de _____ |               |
| Número de teléfono  | (Ciudad y Estado)   |                        | (Día)        | (mes y año)   |
| Si el siniestro es indemnizable, pague por: <input type="checkbox"/> Consulte <input type="checkbox"/> Depósito bancario (rellene el formulario de depósito directo adjunto.) |                     |                        |              |               |

En el estado de \_\_\_\_\_, del condado de \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ comparecí personalmente ante mí \_\_\_\_\_ que me es conocido y que suscribió la anterior declaración ante mí y prestó juramento de que las anteriores respuestas son todas y cada una de ellas completas.

Firma del notario \_\_\_\_\_ Mi cargo expira \_\_\_\_\_

Sello