



INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR PARA PRESENTAR UN RECLAMO DE UNA PÓLIZA DE VIDA



DearbornCaresSM

Pago adelantado del beneficio del seguro de vida

DearbornCares proporciona un pago por adelantado de hasta \$50,000 por beneficiario en 48 horas* para ayudar a cubrir sus gastos inmediatos, como el pago del funeral y las facturas médicas.

- ▲ Pagos de hasta un total de \$50,000 por beneficios del seguro de vida básico pagado por el empleador.
▲ Se aplica a reclamos con 1, 2 o 3 beneficiarios designados.
▲ Disponible para jubilados y empleados con cobertura.

NO se REQUIERE el certificado de defunción para el pago por adelantado.

Complete la Parte 1 del formulario de reclamo de seguro de vida en su totalidad, e incluya la designación del beneficiario. Debe enviarnos cualquier información faltante de la siguiente lista de comprobantes para completar el reclamo y recibir el pago completo.

* Pagos de hasta un total de \$50,000 a los beneficiarios (máximo de 3) de los beneficios del seguro de vida básico pagado por el empleador dentro de las 48 horas de que se confirme el cumplimiento de los requisitos. El pago anticipado se realiza a 1 beneficiario o se divide entre hasta 2 o 3 beneficiarios, según lo designe el asegurado. Esta información solo es un aspecto destacado del producto. DearbornCares tiene exclusiones y limitaciones. El servicio puede ser cancelado por el asegurador en cualquier momento.

Para el Empleador: Lista de Comprobantes para Solicitar un Reclamo de una Póliza de Vida:

El empleador o administrador debe completar el formulario de reclamo como se indica, y enviar los documentos adjuntos que se mencionan a continuación. Le informaremos si se necesita documentación adicional para completar el proceso de reclamo.

Por favor, envíe la siguiente documentación:

- Formulario de reclamo de seguro de vida
Formulario de inscripción, incluyendo los cambios de beneficiarios
Copia del certificado de defunción oficial debidamente certificado
Registros de nómina que verifiquen las ganancias anuales del asegurado
Si el asegurado paga alguna parte de la cobertura, deberá adjuntar el comprobante de la deducción de la nómina

Para beneficios por muerte accidental, brinde lo siguiente:

- Informe oficial de la policía completo
Comprobante de uso del cinturón de seguridad y bolsa de aire, si corresponde
Recorte(s) de periódico del accidente, si corresponde
Informe del médico forense, hallazgos e informe de toxicología

Enviar a:

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico
Attn: Life Claims Department • P.O. Box 7070 • Downers Grove, IL 60515



Parte 1: Debe completarla el empleador o administrador

| Información del empleador o grupo | | | |
|---|---------|------------------------------|----------------|
| Nombre del grupo: | | Número del grupo: | |
| Nombre de la subsidiaria: | | Número de cuenta o división: | |
| Dirección del grupo: | Calle: | | |
| | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Nombre y cargo del representante autorizado: | | | |
| Teléfono: | | Correo electrónico: | |
| Método preferido de comunicación: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono | | | |

| Información del empleado | | | |
|---|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| Apellido: | | Nombre: | Segundo nombre: |
| Calle: | | Fecha de nacimiento: | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: | Fecha de defunción: |
| Teléfono: | | Correo electrónico: | |
| Núm. de Seguro Social o de Identificación: | | Estado: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Cesado | |
| Fecha de contratación: | Fecha de entrada en vigor del seguro: | Último día trabajado: | Fecha de finalización del empleo: |
| Ingreso anual: | Clase: | Fecha de vigencia del salario: | |
| Fecha de la última contribución de la prima del empleado: | | Horas trabajadas por semana: | |

| Información del difunto (si no es el empleado) | | | |
|--|---------------------|-------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo dependiente | | | |
| Apellido: | | Nombre: | Segundo nombre: |
| Fecha de nacimiento: | Fecha de defunción: | Núm. del Seguro Social: | |
| Estudiante de tiempo completo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Escuela: | |
| ¿Estaba incapacitado y dependía económicamente del empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |

! Asegúrese de incluir la designación del beneficiario cuando presente el formulario de reclamo. !

| Información del seguro | |
|--|--|
| Seguro de vida básico: \$ | Seguro de vida voluntario o complementario: |
| Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D): \$ | Seguro por AD&D voluntario o complementario: \$ |
| ¿La muerte se debe a un accidente? <input type="checkbox"/> Sí (complete la siguiente sección) <input type="checkbox"/> No | |
| Beneficios adicionales de AD&D solicitados: <i>(Consulte su certificado para conocer los beneficios adicionales incluidos. Es posible que no todos se apliquen).</i> | |
| <input type="checkbox"/> Cinturón de seguridad | <input type="checkbox"/> Repatriación |
| <input type="checkbox"/> Bolsa de aire | <input type="checkbox"/> Cuidado diurno |
| <input type="checkbox"/> Educación | <input type="checkbox"/> Entrenamiento del cónyuge |
| <input type="checkbox"/> Coma | <input type="checkbox"/> Durante el trabajo |
| <input type="checkbox"/> Desastre común | <input type="checkbox"/> Transporte público |
| <input type="checkbox"/> Agresión grave | <input type="checkbox"/> Daño cerebral |
| <input type="checkbox"/> Violencia en campus | <input type="checkbox"/> Otro |

Certifico que he leído este documento y que la información es precisa y completa. Entiendo que cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa puede estar sujeta a sanciones penales y civiles.

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Firma del representante autorizado del empleador o del plan

Fecha



Parte 2: Debe completarla el beneficiario

Si hay más de un beneficiario, cada uno debe completar un formulario por separado. Consulte la información importante a continuación si el beneficiario es menor de edad.

Formulario de información del beneficiario con campos para Apellido, Nombre, Segundo nombre, Fecha de nacimiento, etc.

Formulario de información del difunto con campos para Apellido del difunto, Nombre, Segundo nombre, etc.

Certificación del IRS

¿Es ciudadano de los E.U.? Sí No, el formulario W-8 del IRS es obligatorio. Proporcione otro documento de identificación laboral en caso de tenerlo.

- Bajo pena de cometer perjurio, certifico lo siguiente: 1. El número que se muestra en este formulario es mi número correcto de identificación del Seguro Social o número de identificación fiscal. 2. No estoy sujeto a retenciones adicionales de impuestos sobre intereses y dividendos porque (a) estoy exento de retenciones adicionales, o (b) el Servicio de Rentas Internas (IRS) no me ha notificado que estoy sujeto a retenciones adicionales debido a no haber declarado todos mis intereses o dividendos, o (c) el IRS me notificó que ya no estoy sujeto a retenciones adicionales. 3. Soy ciudadano de los E.U. u otra persona que reside legalmente en los E.U.

Instrucciones de certificación: Debe tachar el punto 2 anterior si el IRS le ha notificado que actualmente está sujeto a retenciones adicionales debido a que no ha declarado todos sus intereses o dividendos en su declaración de impuestos.

El IRS no requiere su consentimiento a ninguna disposición de este documento aparte de las certificaciones requeridas para evitar las retenciones adicionales. Si no certifica lo antecedente, se nos puede exigir retener impuestos federales y estatales.

Asegúrese de incluir una copia certificada del certificado de defunción para reclamos superiores a \$500,000.

Certifico que he leído este documento y que la información es precisa y completa. Entiendo que cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa puede estar sujeta a sanciones penales y civiles.

Formulario para la firma del beneficiario y la fecha.

INFORMACIÓN IMPORTANTE: Si el beneficiario es: a. Un menor de edad, una sucesión indivisa o un individuo incompetente para manejar asuntos financieros: proporcione una resolución judicial original que designe a un representante legal o tutor para manejar los asuntos financieros del menor, la sucesión indivisa o el incompetente. b. Un difunto: proporcione comprobante de defunción, una copia del certificado de defunción certificado final y documentación del beneficiario secundario. c. Un fideicomiso: proporcione documentación que verifique la existencia del fideicomiso, la documentación de que el fideicomiso haya sido nombrado beneficiario y el número de identificación fiscal del fideicomiso. Cada beneficiario debe completar y firmar la declaración del beneficiario o reclamante.



Parte 3: Autorización para la divulgación de información

(Necesitaremos una autorización separada para la divulgación de notas de psicoterapia).

Yo (el abajo firmante) autorizo a _____, médico, profesional médico, farmacéutico u otro proveedor de servicios de atención médica, hospital, clínica, otro centro médico o institución relacionada con la medicina; oficina del médico forense; compañía de seguros o reaseguros; agencia gubernamental; departamento de trabajo; fuerzas del orden público o departamento de seguridad pública; titular de la póliza de grupo; empleador; o al administrador de la póliza o del plan de beneficios para divulgar información de los registros de:

Form fields: Apellido del difunto, Nombre, Segundo nombre, Núm. de Seguro Social o de Identificación, Número/Nombre de Grupo

Certifico que he leído este documento y que la información es precisa y completa. Entiendo que cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa puede estar sujeta a sanciones penales y civiles.

Empty signature line

Firma del beneficiario

Fecha

INFORMACIÓN IMPORTANTE: Información del reclamante o asegurado que será divulgada:

- Datos o registros relacionados con su historia clínica, tratamiento, medicamentos con receta, consultas, autopsias...
esta autorización será utilizada por BCBSNM (la Compañía) para evaluar mi reclamo de beneficios por fallecimiento. La Compañía sólo divulgará dicha información:
- A su reasegurador o a otras personas u organizaciones que presten servicios comerciales o legales en relación con mi(s) reclamo(s).
- Según lo exija la ley.
- Según lo que yo autorice posteriormente.
Entiendo que puedo revocar la presente autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la Compañía haya tomado medidas basándose en esta autorización. Si no se recibe la revocación por escrito, esta autorización se considerará válida por un período de tiempo que no excederá los 24 meses a partir de la fecha de la firma a continuación. Para iniciar la revocación de esta autorización, dirija toda la correspondencia a la Compañía a la dirección anterior.
Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.
Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

Empty signature line

Firma (reclamante o representante legal)

Aclaración

Fecha

Si usted es el representante legal del reclamante, podemos pedir documentación adicional.

Form fields: Calle, Ciudad, Estado, Código postal, Número de teléfono

Las leyes de algunos estados nos exigen que le proporcionemos el siguiente aviso:

Para solicitudes y reclamos: Nuevo México: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro 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.