

**Combined Insurance Worksite Solutions**  
**A unit of Combined Life Insurance Company of New York**

Departamento de reclamos • PO Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700 Teléfono 1-888-441-7936 Fax 312-351-6930

**Formulario de reclamo de seguro de vida**

Reclamo número: \_\_\_\_\_

A SER COMPLETADO POR EL BENEFICIARIO

**INFORMACIÓN DEL DIFUNTO**

Nombre Completo del difunto				Número de póliza		Número de formulario/plan	
Enumere los otros nombres que pueda haber usado el difunto tales como nombre de soltera, apodo, nombre compuesto, alias, etc.				Número de póliza		Número de formulario/plan	
Dirección del difunto (calle y número)		Ciudad	Estado	Código Postal		Número de póliza	
Número de formulario/plan		Número de formulario/plan		Número de póliza		Número de formulario/plan	
F. de nac. del difunto		Fecha de Fallecimiento		Número de póliza		Número de formulario/plan	
Mes / Día / Año		Mes / Día / Año		Número de póliza		Número de formulario/plan	
<i>Si la muerte se debió a una ENFERMEDAD Completar</i>		Naturaleza de la enfermedad					
<i>Si la muerte se debió a un ACCIDENTE Completar</i>		Fecha del accidente		Naturaleza de las lesiones			
Mes / Día / Año		Describa dónde y cómo sucedió el accidente					

**INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO**

Nombre Completo del Beneficiario			F. de nac. del beneficiario		Relación con el difunto	
Mes / Día / Año			Mes / Día / Año		Relación con el difunto	
Dirección postal (calle y número)		Ciudad	Estado	Código Postal		Teléfono particular ( )
Si el beneficiario es un menor, enumere el padre/madre/tutor y su dirección					Teléfono laboral ( )	
Dirección de correo electrónico					Teléfono móvil ( )	

**NOTIFICACIÓN DE FRAUDE**

**NEW YORK:** Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de cometer fraude contra una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguros o declaración de reclamo que contenga cualquier información materialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información con respecto a cualquier hecho material con ese fin comete un acto fraudulento de seguros, el cual es un delito y deja a dicha persona sujeta a sanciones civiles que no habrán de superar los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada violación de este tipo.

## FIRMA REQUERIDA DEL BENEFICIARIO Y CERTIFICACIÓN W-9

Al reclamar estos beneficios declaro que todas las respuestas registradas en este Formulario de reclamo de seguro de vida son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. He leído la declaración de notificación de fraude que corresponde. También comprendo que la compañía se reserva el derecho de solicitar u obtener otra información si lo considerara necesario.

### Sustitución de W-9

Bajo pena de perjurio, certifico que:

1. El número que figura en este formulario es mi número de identificación de contribuyente correcto (o estoy esperando que se emita un número a mi nombre) y
2. No estoy sujeto a retenciones adicionales porque (a) estoy exento de retenciones adicionales o (b) el Servicio de Impuestos Internos (IRS) no me ha notificado que fuera sujeto de retenciones adicionales por no haber reportado todos los intereses o dividendos o (c) el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a retenciones adicionales y
3. Soy estadounidense (incluyendo extranjeros residentes en Estados Unidos).

**El Servicio de Impuestos Internos no requiere su consentimiento para ninguna de las provisiones del presente documento más que la certificación necesaria para evitar retenciones adicionales.**

**Firma del beneficiario**

**Fecha**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Número del Seguro Social / Número de Identificación de Impuestos o ITIN**

**Nombre del beneficiario en imprenta**

**Relación\***

\*Si es firmado en nombre del beneficiario como el apoderado, tutor o preservador, adjunte una copia del documento que otorga la autoridad.

Favor de enviar los siguientes documentos via el correo postal o por fax al 1-312-351-6930.

1. Formulario de reclamo ( Completamente llenado y firmado)
2. Una copia certificada del Acta de Defunción
3. Una copia del obituario, si disponible