



## INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN POR SEGURO DE VIDA GRUPAL

### Instrucciones para el empleador/patrocinador del plan:

*Tenga en cuenta que los términos miembro y empleado pueden usarse indistintamente en este formulario.*

1. Complete las secciones 1-3 y firme y feche el formulario de la sección 1.
2. Si el empleado tenía cobertura voluntaria para sí mismo o para sus dependientes, incluya el formulario de inscripción original que muestra la elección inicial de la cobertura.
3. Incluya el formulario de designación de beneficiario más reciente.

### Instrucciones para el reclamante

1. Complete la sección 4 y firme y feche el formulario. Presente el formulario completado junto con un certificado de defunción finalizado.
2. Si está interesado en la opción de pago con la Cuenta de activos de Guardian, antes de enviar su formulario de reclamación, comuníquese con nosotros al 1-800-525-4542 para solicitar el paquete de elecciones de la Cuenta de activos de Guardian, que incluye la información de divulgación exigida por la ley estatal.
3. Si la pérdida ocurrió fuera de los Estados Unidos o sus territorios, requeriremos un Informe Consular de Defunción en el Exterior de un Ciudadano Estadounidense. Este informe es emitido por una embajada o consulado de los Estados Unidos. Puede encontrar información sobre cómo obtener este informe en <http://travel.state.gov/content/passports/english/abroad/events-and-records/death/CRDA.html>.
4. Si usted está reclamando un beneficio por muerte accidental se requiere una prueba aceptable de pérdida, que puede incluir, pero no se limita a, la siguiente información:
  - a. Policía o informe del incidente;
  - b. Informe del examinador médico con autopsia y toxicología; y
  - c. Cualquier información adicional que se considere necesaria durante el curso de nuestra investigación.
5. Si el beneficiario designado es un menor, un fideicomisario o un depositario de una sucesión, o si el beneficiario principal ha fallecido, se requiere documentación adicional. Lea la información a continuación y si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Departamento de Reclamaciones de Seguro de Vida Grupal al 1-800-525-4542.

**Si el beneficiario es un depositario de una sucesión del asegurado:** Un albacea o administrador de la sucesión debe firmar la sección 4, se debe proporcionar el número de identificación tributaria del depositario de la sucesión en la pregunta n.º 45. Si no se asigna una identificación tributaria del depositario de la sucesión, puede obtenerla en <https://sa.www4.irs.gov/modiein/individual/index.jsp>. También requerimos la documentación de la sucesión que muestre la designación del albacea/administrador.

**Si el beneficiario es un menor:** El tutor legal del menor debe firmar la sección 4. En la mayoría de los casos, se requerirá la documentación que certifique la tutela de los bienes y la sucesión del menor.

**Si el beneficiario es un fideicomisario:** La sección 4 debe ser firmada por el fideicomisario designado. También se requiere una copia de las páginas del acuerdo de fideicomiso que incluya el nombre y la fecha de entrada en vigencia del fideicomiso, los fideicomisarios/sucesores nombrados y las páginas con la firma y la fecha del fideicomisario. Se debe proporcionar el número de identificación tributaria del fideicomisario en la pregunta n.º 45. Si no se asigna una identificación tributaria al fideicomiso, puede obtenerla en [h <https://sa.www4.irs.gov/modiein/individual/index.jsp>](https://sa.www4.irs.gov/modiein/individual/index.jsp).

**Si el beneficiario principal ha fallecido:** Se requiere una copia del certificado de defunción del beneficiario principal. El beneficiario contingente deberá completar la sección 4.

**Si no hay un beneficiario nombrado o el beneficiario nombrado ha fallecido y no hay un beneficiario contingente:** Para obtener instrucciones, llame a nuestro Departamento de Reclamaciones de Seguro de Vida Grupal al 800-525-4542.

### Qué esperar

La revisión inicial de una reclamación por lo general finaliza en el plazo de 15 días calendarios de su recepción. Si se requiere información adicional, nos comunicaremos con usted para informarle sobre el estado de la reclamación.

**Esta página se dejó en blanco intencionalmente**



# Formulario de reclamación por seguro de vida grupal

Si el reclamante (beneficiario) no puede proporcionar una firma manuscrita debido a las limitaciones técnicas por la pandemia de la COVID-19, Guardian aceptará su nombre impreso/mecanografiado en lugar de su firma de forma provisoria. El reclamante (beneficiario) debe marcar la casilla debajo del renglón de su firma, certificando que entiende que su nombre impreso tiene la misma validez y vigencia que su firma.

Para **agilizar** el servicio:

1. Complete este formulario en línea.
2. El reclamante puede optar por la posibilidad provisoria de imprimir/mecanografiar su nombre en el renglón de firma.
3. Guarde en su computadora el formulario completado.
4. Envíelo a través de [canal seguro](#).

Para **enviar este formulario por correo postal:** Guardian Group Life Claims PO Box 14334

Lexington KY 40512

Para **enviar el formulario por fax:** **Servicio al Cliente:** 1-800-525-4542

(610)-807-8266

Sección 1: Información del empleador/patrocinador del plan (Esta sección debe ser completada por el empleador/patrocinador del plan).				
1. Nombre del empleador/titular del plan		2. Número de plan:	3. Número de teléfono	
4. Dirección del titular del plan		Ciudad	Estado	Código postal
6. Persona de contacto		7. Número de teléfono		8. Correo electrónico
9. ¿El fallecimiento del miembro se produjo como resultado de una agresión en el lugar de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Estaba el miembro viajando por negocios de la compañía en el momento que se produjo el fallecimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
10. Certifico que la información proporcionada en esta página es verdadera y completa.				
Firma autorizada _____		Puesto _____		Fecha _____
Sección 2: Información del empleado/miembro (Esta sección debe ser completada por el empleador/patrocinador del plan para todas las reclamaciones del empleado/miembro/dependiente).				
11. Nombre del miembro		12. Fecha de nacimiento	13. Número de Seguro Social	
14. Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
15. Fecha del fallecimiento				
16. Si el miembro no trabaja en la oficina central, elija el motivo correspondiente a continuación:				
<input type="checkbox"/> Ubicación de la filial (Indique el nombre y la dirección)				
<input type="checkbox"/> Viajes por trabajo				
<input type="checkbox"/> Trabaja desde el hogar				
<input type="checkbox"/> N/C (Plan de asociación/sindicato)				
<input type="checkbox"/> Otro _____				
17. Puesto		18. Para los beneficios basados en el salario, el salario anual a partir de la última fecha de redeterminación de su plan y la fecha efectiva del salario \$ _____ efectivo el ____/____/____		
19. Monto reclamado del seguro		Seguro Básico: _____	SUMAR (si corresponde): Básico: _____	
		de vida: Voluntario: _____	Voluntario: _____	
20. Clase de seguro		21. Fecha de empleo/membresía	22. Fecha de entrada en vigencia del seguro	
23. Último día real trabajado		24. Horas de trabajo por semana	25. Horario de trabajo normal	
				<input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Miér <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Vier <input type="checkbox"/> Sáb <input type="checkbox"/> Dom
26. Fecha de finalización del empleo/membresía:		27. Las primas del seguro de vida grupal del miembro se pagan a través de:		
28. Si el empleado/miembro no se encontraba en un empleo activo en el periodo inmediato previo a su fallecimiento, indique el motivo:				
<input type="checkbox"/> Licencia				
<input type="checkbox"/> Licencia por Razones Médicas y Familiares				
<input type="checkbox"/> Finalización del empleo				
<input type="checkbox"/> Renuncia				
<input type="checkbox"/> Discapacidad				
<input type="checkbox"/> Jubilación (no por discapacidad)				
<input type="checkbox"/> Jubilación (por discapacidad)				
<input type="checkbox"/> Despido				
<input type="checkbox"/> Otro _____				
29. ¿Tiene su oficina algún registro de un formulario de designación de beneficiario archivado para este empleado/miembro? Si la respuesta es "Sí", proporcione el formulario de designación de beneficiario más reciente que se tenga en archivo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Sección 3: Información del dependiente (Esta sección debe ser completada por el empleador/patrocinador del plan si la reclamación es para un dependiente además de la Sección 2).				
30. ¿Estaba el empleado en un empleo activo hasta la fecha del fallecimiento del dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si la respuesta es "No", proporcione una explicación: _____				
31. Nombre del dependiente		32. Fecha de nacimiento	33. Número de Seguro Social	
34. Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
35. Relación con el empleado/miembro:		36. Fecha del fallecimiento	37. Fecha de entrada en vigencia del seguro	

<b>Sección 4: Información sobre la persona fallecida/reclamante</b> (Esta sección debe ser completada por el reclamante).			
Si el beneficiario es un menor, se deben completar las casillas 54-55. La información del tutor legal debe completarse en casillas 49-52.			
38. Nombre del fallecido		39. Número de plan	40. Número del Seguro Social del fallecido
41. Fecha de nacimiento del fallecido	42. Fecha del fallecimiento	43. Causa del fallecimiento	
44. Nombre de la persona que reclama el beneficio		45. Número de Seguro Social	46. Fecha de nacimiento
47. Relación con el fallecido	48. Si el fallecido es su cónyuge, fecha del matrimonio ____/____/____	49. Número de teléfono Inicio: _____ Celular: _____	
50. Dirección		Ciudad	Estado
		Código postal	
51. Correo electrónico		52. Indique métodos de contacto aceptables <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Teléfono particular <input type="checkbox"/> Correo electrónico	
53. ¿Ha asignado alguna parte de este beneficio a una funeraria, morgue, crematorio, etc. para cubrir los gastos finales? <b>Si la respuesta es "Sí", adjunte la asignación notarizada para los gastos finales.</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Solo se deben completar los puntos 54-55 si el beneficiario es un menor.			
54. Nombre del tutor del menor beneficiario		55. ¿Se ha establecido la tutela de la sucesión del menor? <b>Si la respuesta es "Sí", adjunte la orden judicial.</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Método de pago			
Puede seleccionar entre dos opciones: 1) Pago de una suma global a través de un solo cheque o 2) Cuenta de activos de Guardian. Nota: Si no elige una opción, los fondos se pagarán en una sola suma global. <b>Si prefiere el pago a través de un cheque de suma global, marque la casilla a continuación:</b> <input type="checkbox"/> Pago de una suma global a través de un solo cheque 2) Cuenta de activos de Guardian. Esta opción solo está disponible si los fondos superan los \$10,000.00. Se trata de una cuenta corriente que devenga intereses administrada por el Bank of New York Mellon. Se requiere información adicional para elegir esta opción. Si está interesado en la opción de pago con la Cuenta de activos de Guardian, antes de enviar su formulario de reclamación, comuníquese con nosotros al 1-800-525-4542 para solicitar el paquete de elecciones de la Cuenta de Activo de Guardian, que incluye la información de divulgación exigida por la ley estatal para su revisión antes de elegir esta opción de pago.			
Al firmar abajo, acepto que: 1. Toda la información que detallé es verdadera y completa a mi leal saber y entender. 2. He leído las Advertencias de fraude incluidas en este formulario. Bajo penalización de perjurio, certifico: 1. Que el número que muestra este formulario es el número de identificación de contribuyente correcto; y 2. Que no estoy sujeto a la retención adicional requerida por el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), como resultado de un incumplimiento en el informe de todos los intereses o los ingresos por dividendo; y 3. Que soy ciudadano estadounidense o residente de los EE. UU. para fines impositivos. (Tenga en cuenta: debe tachar el apartado 2 anterior si el IRS le notificó que actualmente se encuentra sujeto a la retención adicional debido al incumplimiento en el informe de todos los intereses o los ingresos por dividendo). Realizo la reclamación ante The Guardian Life Insurance Company of America. Acepto que las declaraciones juradas y las declaraciones por escrito de todos los médicos que atendieron o trataron al fallecido, y todos los documentos restantes exigidos por Guardian forman parte de este Formulario de reclamación por seguro de vida grupal. Acepto que proporcionar este formulario o un complemento a Guardian no implica por sí mismo un reconocimiento de que existiera un seguro en vigencia durante la vida de la persona en cuestión ni una renuncia a alguno de sus derechos o defensas. Renuncio a todas las disposiciones de la ley que prohíban expresamente cualquier agencia de informe de crédito, la Oficina de Información Médica, compañía de seguros o reaseguros o empleador a divulgar toda información médica y no médica sobre el fallecido que tenga a su disposición a The Guardian Life Insurance Company of America o a sus representantes legales. Se entiende por información médica toda la información que tengan o proporcionen los proveedores de atención médica sobre los antecedentes médicos, las afecciones mentales o físicas o los tratamientos del fallecido. Comprendo que Guardian utilizará la información obtenida mediante esta autorización para determinar la elegibilidad para el seguro o para los beneficios en virtud de un plan existente. Guardian no divulgará ninguna información obtenida a ninguna persona u organización excepto a las compañías de reaseguros, la Oficina de Información Médica, u otras personas u organizaciones que hagan negocios o presten servicios legales relacionados con mi solicitud, reclamación, o según lo exija o permita la ley, o lo autorice yo. Tengo el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento por escrito. Comprendo que toda información divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no podrá ser protegida por las reglamentaciones federales que rigen la privacidad. Sé que puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización. Acepto que una fotocopia de la autorización tiene la misma validez que el original. Acepto que esta autorización es válida hasta por 24 meses (12 meses en Kansas). <b>"Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación con cualquier información considerablemente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho pertinente a dichos documentos comete un acto fraudulento de seguros, situación que representa un delito. En Nueva York, la persona también podrá estar sujeta a una sanción civil que no superará los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada una de las violaciones".</b>			
<b>ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN, LEA LA ADVERTENCIA PARA EL ESTADO EN EL QUE RESIDE Y PARA EL ESTADO EN EL QUE SE EMITIÓ LA PÓLIZA DE SEGURO POR LA QUE RECLAMA UN BENEFICIO.</b>			
El IRS no exige el consentimiento a ninguna disposición de este documento, salvo la certificación para eludir la retención adicional. "Tenga en cuenta: Su número de Seguro Social es necesario para la declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS). No se utilizará ni divulgará su número de Seguro Social a ninguna persona para ningún otro fin y no se guardará en ningún registro que no esté relacionado con la reclamación".			
Firma: _____		Fecha: _____	
<input type="checkbox"/> No puedo proporcionar una firma debido a la pandemia de la COVID-19. Entiendo que mi nombre impreso tiene la misma validez y vigencia que mi firma.			

## Declaraciones de advertencia de fraude

**Las leyes de varios estados requieren que aparezcan las siguientes declaraciones en el formulario de reclamación:**

**Alabama:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que proporcione información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de compensación o reclusión en prisión, o una combinación de ambas.

**Alaska:** Una persona que, a sabiendas y con la intención de herir, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contiene información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada bajo la ley estatal.

**Arkansas, Virginia Occidental:** Cualquier persona que, a sabiendas e intencionadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que proporcione información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

**Arizona:** Para protegerlo, la ley de Arizona exige que aparezca la siguiente declaración en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

**California:** Para protegerlo, la ley de California exige que aparezca la siguiente declaración en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

**Colorado:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de estafar o intentar estafar a la compañía. Entre las sanciones se incluyen encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que proporcione, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante con el fin de estafar o intentar estafar al titular de una póliza o reclamante con respecto a una liquidación o indemnización pagadera de los fondos del seguro debe ser denunciado a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

**Connecticut, Iowa, Nebraska y Oregón:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación con información considerablemente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho pertinente a dichos documentos puede ser culpable de un acto fraudulento de seguros, situación que representa un delito, y también puede estar sujeta a sanciones civiles.

**Delaware, Indiana y Oklahoma:** ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de dañar, estafar o engañar a una aseguradora, presente una reclamación para obtener un reintegro de una póliza de seguros con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

**Distrito de Columbia:** ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el fin de estafar a dicha compañía o a cualquier otra persona. Entre las sanciones se incluyen encarcelamiento o multas. Además, una compañía de seguros puede rechazar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada considerablemente con una reclamación.

**Florida:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave en la modalidad de tercer grado.

**Idaho:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

**Kansas:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación con información considerablemente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho pertinente a dichos documentos puede ser culpable de fraude de seguros, según lo determine un tribunal de justicia.

**Kentucky:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una reclamación con información considerablemente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho pertinente a dicho documento comete un acto fraudulento de seguros, situación que representa un delito.

**Luisiana y Texas:**Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

**Nuevo México:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que proporcione información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales o al rechazo de los beneficios del seguro.

**Maine, Tennessee y Washington:**Es un delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de estafar a dicha compañía. Entre las sanciones se incluyen encarcelamiento, multas o denegación del beneficio del seguro.

**Maryland:**Cualquier persona que, a sabiendas o intencionadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que proporcione información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

**Minnesota:**Una persona que presente una reclamación con la intención de estafar o ayudar a cometer un fraude en contra de una compañía de seguros es culpable de un delito.

**Nuevo Hampshire:**Cualquier persona que, con intención de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación con información falsa, incompleta o engañosa puede ser demandada y castigada por fraude contra dicha compañía, como se establece en N.H. Rev. Stat Ann. § 638:20.

**Nueva Jersey:**Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación con información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

**Nueva York:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación con información considerablemente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho pertinente a dichos documentos comete un acto fraudulento de seguros, situación que representa un delito, y también puede estar sujeta a sanciones civiles que no superarán los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada violación.

**Ohio:**Cualquier persona que intente estafar o que estuviera, a sabiendas, facilitando un fraude contra una aseguradora, que envíe una solicitud o presente una reclamación con una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros.

**Pensilvania:**Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación con información considerablemente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho pertinente a dichos documentos comete un acto fraudulento de seguros, situación que representa un delito y puede estar sujeta a sanciones penales y civiles.

**Rhode Island:**Cualquier persona que, a sabiendas e intencionadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que proporcione información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

**Vermont:**Es un delito que cualquier persona, a sabiendas, proporcione información considerablemente falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de estafar a la compañía; que cualquier persona proporcione información considerablemente falsa, incompleta o engañosa con respecto a la venta de seguro o al estado de una aseguradora; o que cualquier persona malverse los fondos de un asegurado o de un solicitante de seguro. Entre las sanciones se incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios del seguro.

**Virginia:** Es un delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de estafar a dicha compañía. Entre las sanciones se incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios del seguro.

## **Divulgación de cobertura de las asociaciones de garantía**

**Alaska, California, Colorado, Connecticut, Illinois, Iowa, Maine, Nuevo Hampshire, New Jersey, Ohio, Virginia, Virginia Occidental:** Estos fondos pueden ser garantizados por las asociaciones de garantía estatales. Los límites de cobertura de las asociaciones de garantía estatales varían según el estado. Comuníquese con la Organización Nacional de Asociaciones de Garantía de Seguros de Vida y Salud ([www.nolhga.com](http://www.nolhga.com)); teléfono: (703)481-5206 para obtener más información sobre la cobertura o las limitaciones de su cuenta.