



Prueba de Muerte

Knights of Columbus
Consejo Supremo
Una Sociedad de Beneficios Fraternal

Declaración del Reclamante

Parte 1A

Instrucciones – Lea cuidadosamente

1. Todas las preguntas deben ser contestadas – Por favor escriba a máquina o en letra de imprenta. Use el dorso si se necesita más espacio
2. El reclamo deberá incluir los siguientes papeles:
 - a. Certificado de Beneficios (Contrato),
 - b. Prueba de Muerte – Declaración del Reclamante – La Parte 1A en todos los casos, además de la Parte 1B en algunos casos
 - c. Copia certificada del registro de muerte o una Declaración del Médico (Formulario 261-2). La causa específica de la muerte debe indicarse en términos médicos
3. Revise todas las respuestas cuidadosamente y verifique que todos los papeles necesarios estén adjuntados y sean enviados a Knights of Columbus.
4. **PARA AGILIZAR EL RECLAMO, AGREGUE EL CÓDIGO POSTAL (ZIP CODE) A TODAS LAS DIRECCIONES**

La información siguiente es presentada a fin de establecer un reclamo bajo un Certificado o Certificados de Beneficios emitidos por Knights of Columbus y descritos a continuación. Esta información es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que la provisión de formulario por parte de los Knights of Columbus no constituye un reconocimiento de responsabilidad.

Número/s de Certificados de Beneficios _____; _____; _____; _____;

Número de Consejo _____ Nombre de Consejo _____

Información acerca del Asegurado:

Nombre _____ ITIN. _____

Dirección _____ Causa de muerte _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Duración de la enfermedad _____

Fecha de nacimiento _____ Fuente de fecha de nacimiento _____

Fecha de muerte _____ Lugar de muerte _____

¿Cuándo consultó el Asegurado por primera vez a un médico por su última enfermedad? _____

Nombres y direcciones de todos los médicos que atendieron al Asegurado durante los últimos tres años de vida:

¿Estaba casado el Asegurado? _____ En caso afirmativo, dé la siguiente información, con relación a todos sus matrimonios:

Nombre/s de Cónyuge/s	Fecha/s de matrimonio/s	Fecha/s de divorcio/s (Si corresponde)	Fecha de muerte del cónyuge (Si corresponde)
-----------------------	-------------------------	---	---

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Información acerca del Reclamante:

Nombre _____ Teléfono () _____
Clave lada

Dirección _____ Relación _____ Fecha de nacimiento / /
Mes Día Año

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ ITIN _____

Si el reclamante no es el beneficiario nombrado por el asegurado, dé la siguiente información:

Nombre de los beneficiario(s) designados	Dirección	Fecha de nacimiento	Vivo o Muerto
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Hay más de un beneficiario? _____ Indique sus nombres, edades y relaciones con el Asegurado

Nombre	Dirección	Fecha de nacimiento	Relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Marque uno

Se solicita liquidación en un único pago Se solicita información acerca de opciones de liquidación alternativas

Otros (explique) _____

Se pagará la liquidación en un solo pago en ausencia de instrucciones relacionadas con una opción de liquidación alternativa.

CUALQUIER PERSONA QUE CON INTENCIÓN DE DEFRAUDAR AL ASEGURADOR, PRESENTA UN RECLAMO Q CONTIENE INFORMACIÓN FALSA O ENGAÑOSA, SERA ACUSADO DE DELITO Y SUJETO A PERSECUCIÓN CRIMINAL Y OTRAS PENALIDADES SUBSTANCIALES CIVILES.

Firma _____ Date _____

Testigo _____

Si el firmante es el Tutor, Administrador, Albacea o Representante Personal, adjunte un certificado de designación vigente o una copia certificada.

261-1 4/94

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS PARA AQUELLOS CERTIFICADOS DE BENEFICIOS (CONTRATO) VIGENTES MENOS DE DOS (2) AÑOS AL MOMENTO DE LA MUERTE DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado _____ Número de certificado _____

¿Cuándo se vio afectada por primera vez la salud del Asegurado? _____

Indique los nombres y direcciones de todos los médicos que trataron al Asegurado en los últimos cinco (5) años:

Nombre	Dirección	Fechas de tratamiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

A fin de ayudar a Knights of Columbus a determinar la elegibilidad para reclamar beneficios, autorizo a toda persona u organización que tenga conocimiento del asegurado, incluyendo todo profesional médico, hospital u otra institución de cuidado médico, organización de apoyo de seguros, farmacia, agencia del gobierno, compañía de seguros o empleado a brindar a Knights of Columbus o un abogado, agencia de reporte del consumidor o administrador independiente, actuando en su nombre, información relacionada con asesoramiento, cuidado o tratamiento provisto al asegurado nombrado arriba, incluyendo información relacionada con una enfermedad mental, el uso de drogas o el uso de alcohol.

Entiendo que dicha información será usada por Knights of Columbus con el propósito de evaluar un reclamo de beneficios de seguro y que yo, o cualquier representante autorizado, recibiré una copia de esta autorización cuando se solicite.

Esta autorización permanecerá vigente mientras dure el reclamo.

Una fotocopia de esta autorización tendrá el mismo efecto que el original.

Firma _____ Relación _____ Fecha _____

Testigo _____

Para preguntas adicionales por favor contacte a nuestro departamento de Servicio al Cliente.
One Columbus Plaza, New Haven CT 06510-3326, USA
Teléfono gratuito de Servicio al Cliente 001-877-336-2005
Fax gratuito de Servicio al cliente 001-877-339-1905
Correo electrónico de Servicio al cliente: oficina.suprema@KofC.org