

Knights of Columbus

Oficina Suprema

PRUEBA DE MUERTE

(Usar el dorso si se necesita espacio adicional)

Parte 1B

DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE

Para agilizar el reclamo, agregue el código postal a todas las direcciones

A fin de establecer un reclamo bajo el o los No. (s) de Certificados de Beneficios por Muerte _____ emitidos por Knights of Columbus, presento la siguiente información adicional, que certifico que es completa y veraz.

1a. ¿Tenía el asegurado algún hijo? _____ b. En caso afirmativo, indique el nombre completo, dirección y fecha de nacimiento de cada hijo sobreviviente, incluyendo hijos adoptados legalmente e hijastros.

Nombre Completo	Dirección	Fecha de Nacimiento

c. ¿Falleció alguno de los hijos del asegurado antes de la muerte del asegurado, dejando hijos sobrevivientes? _____ En caso afirmativo, indique el nombre de cada uno de estos hijos del asegurado e indique los nombres, direcciones y edades de los hijos de dicho hijo.

Si el asegurado no dejó un cónyuge, hijos o nietos sobrevivientes, conteste la siguiente pregunta.

2a. Nombre del padre del asegurado	Dirección	Vivo o Muerto
b. Nombre de la madre del asegurado	Dirección	Viva o Muerta

Si el asegurado no es sobrevivido por un cónyuge, hijos o nietos o padre o madre, conteste la siguiente pregunta.

3a. Indique el nombre, dirección y edad de cada hermano o hermana sobreviviente (indique si es hermano/a por ambos padres o por uno solo). Si no hay ninguno, indíquelo.

Nombre completo	Dirección	Edad	Hermano/a por un padre o dos padres

b. ¿Alguno de los hermanos o hermanas falleció antes del asegurado y dejó hijos sobrevivientes? c. En caso afirmativo, indique bajo el nombre de cada uno de estos hermanos o hermanas los nombres, direcciones y edades de sus hijos sobrevivientes. En caso negativo, indíquelo.

Si ninguno de los familiares mencionados anteriormente sobreviven al asegurado y si no hay beneficiario registrado sobreviviente o designado efectivamente, las Leyes de la Orden exigen la distribución del beneficio por muerte a uno de las siguientes categorías sucesivas: dependientes; abuelos; padrastro y madrastra; nuera y yerno; suegro y suegra; sobrinos y sobrinas; tíos y tías; una corporación caritativa del cual dependía el asegurado; o la herencia del asegurado.

4. Si se hace un reclamo por una de las categorías indicadas en el párrafo anterior, especifique aquí los hechos en los que se basa para establecer dicho reclamo.

(Si el firmante es un Tutor, Administrador o Albacea, indique el carácter oficial)

Fechado _____ de 20____

Firma del Reclamante

Edad

Testigo _____

Dirección del Reclamante

Nota: Adjunte copias certificadas de las designaciones fijadas por la corte de Tutores, Albaceas, etc. junto con todo reclamo hecho en nombre de un menor, la herencia del difunto, la herencia de un incapaz, etc.

Para preguntas adicionales por favor contacte a nuestro departamento de servicio al cliente.

Teléfono gratuito de Servicio al Cliente: 001-877-339-2005;

Fax gratuito de servicio al cliente: 001-877-339-1905

Correo electrónico de servicio al cliente: oficina.suprema@kofc.org

1 Columbus Plaza, New Haven, CT 06510-3326, USA