



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO DE VIDA
COLECTIVO Y/O DE MUERTE ACCIDENTAL

El Centro de Beneficios
P.O. Box 100158
Columbia, SC 29202-3158
Phone: 1-800-445-0402 Fax: 1-800-447-2498
De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este

Unum Life Insurance Company of America
First Unum Life Insurance Company*
Unum Insurance Company
Provident Life and Accident Insurance Company
Provident Life and Casualty Insurance Company*
The Paul Revere Life Insurance Company*

Para usar con pólizas emitidas por las subsidiarias de Unum Group ["Unum"] mencionadas anteriormente.

Instrucciones para el Empleador

En caso de fallecimiento de un empleado asegurado o dependiente, siga estos pasos tan pronto como reciba el aviso de fallecimiento:

1. Complete la Declaración del Empleador y recopile lo siguiente:

- Una copia del certificado de defunción certificado, si está disponible (se acepta una fotocopia o fax)
- Una copia de la inscripción original, la inscripción actual y cualquier cambio en la cobertura, si corresponde (se acepta la verificación electrónica)
- Una copia del formulario de designación de beneficiario más reciente (se acepta la verificación electrónica)

*Es posible que solicitemos información de nómina si es necesario para confirmar la elegibilidad y/o calcular el beneficio según los Ingresos anuales definidos en la póliza.

*Si presenta un reclamo de dependiente, asegúrese de completar la sección del empleado.

2. Proporcione al beneficiario lo siguiente:

- Página de Cuenta de Activos Retenidos
- Formulario W-9 sustituto
- Autorización: Reclamación de seguro de vida o de muerte accidental

3. Si está presentando una reclamación por muerte accidental, informe al beneficiario que presente lo siguiente, si está disponible:

- Declaración de muerte accidental
- Copia del informe policial
- Copia del informe de la autopsia
- Copia del informe toxicológico

*Si no se ha realizado un informe de autopsia o toxicología, envíe una verificación del forense, del médico forense o del hospital de admisión

4. Envíe la información solicitada a la dirección indicada anteriormente por correo o fax. Si toda la información no está disponible, puede iniciar la reclamación por medio de presentar la declaración del empleador. El beneficiario podrá presentar los documentos restantes por separado cuando estén disponibles.

5. Los fondos del beneficio de vida pendientes se saldarán en un solo pago. La póliza puede estipular otras opciones de pago. Revise la póliza y háganos saber si desea solicitar una opción de pago alternativo.

Si tiene preguntas sobre el proceso de reclamación o necesita ayuda para completar este formulario, llame al número de teléfono anterior. Nuestros profesionales del Centro de Contacto están disponibles de las 8 a.m. hasta las 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes.

Unum es una marca registrada y una marca registrada de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras.

* Solo First Unum Life Insurance Company, Provident Life and Casualty Insurance Company y The Paul Revere Life Insurance Company tienen el permiso y realizan negocios en Nueva York.

Declaraciones de reclamación fraudulentas

Antes de firmar este formulario de reclamación, lea la advertencia para el estado donde reside y para el estado donde se emitió la póliza de seguro en virtud de la cual reclama un beneficio.

Para su protección, la siguiente declaración debe aparecer en este formulario de reclamación de acuerdo con las leyes estatales, incluidas las de Alaska, Arizona, Arkansas, Connecticut, Delaware, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Luisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Mississippi, Misuri, Montana, Nebraska, Nevada, Nuevo México, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Virginia Occidental, Wisconsin y Wyoming requieren que la siguiente declaración aparezca en este formulario de reclamación.

Advertencia de fraude: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o errónea es culpable de fraude de seguro, lo cual es un delito.

Alabama la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario:

Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta de pago de una pérdida o un beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o tiempo en prisión, o cualquier combinación de estas.

California la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario:

Cualquier persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar una cobertura de seguro o para presentar un reclamo para el pago de un siniestro, es culpable de un delito y puede ser objeto de multas y reclusión en una prisión estatal.

Colorado la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario:

Es ilegal proporcionar, a sabiendas, datos o información falsos, incompletos o erróneos a una compañía de seguros, con la intención de estafarla o intentar estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelación, multas, denegación del seguro y daños civiles. Se deberá denunciar ante la División de Seguros de Colorado del Departamento de Agencias Reguladoras a toda compañía de seguros o a todo agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione datos o información falsos, incompletos o erróneos al titular de una póliza o un reclamante con el fin de estafarlo o intentar estafarlo en relación con un acuerdo o una indemnización pagaderos con los ingresos del seguro.

Distrito de Columbia la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario:

Proporcionar información falsa o errónea a una aseguradora con el fin de estafar a la aseguradora o a cualquier otra persona es un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una aseguradora puede negar los beneficios si el solicitante proporcionó información falsa en relación con una reclamación.

Florida la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario:

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación y/o solicitud que contenga información falsa, incompleta o errónea es culpable de un delito de tercer grado.

Kentucky la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario:

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a cualquier otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún hecho importante está cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un delito.

Minnesota la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario: Una persona que presenta una reclamación con la intención de estafar o que ayuda a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

Nuevo Hampshire la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario:

Cualquier persona que, con la intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o errónea está sujeta a un proceso judicial y a una sanción por fraude de seguro, tal como se estipula en RSA 638.20.

Nueva Jersey la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario:

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a cualquier otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún hecho importante está cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, sujeto a sanciones penales y civiles.

Nueva York la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario:

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a cualquier otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún hecho importante está cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un delito, y estará sujeta a una sanción civil que no supere los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción.

Pensilvania la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario:

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a cualquier otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún hecho importante está cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un delito, y está sujeta a sanciones penales y civiles.

Puerto Rico la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario:

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude o genere la presentación de una reclamación fraudulenta por el pago de una pérdida u otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, cometerá un delito y, de acuerdo con la condena, recibirá una sanción por cada infracción con la pena de una multa de no menos de cinco mil (5000) dólares y no más de diez mil (10 000) dólares, o un término fijo en prisión de tres (3) años, o ambas sanciones. Ante la presencia de circunstancias agravantes, la multa establecida puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años; ante la presencia de circunstancias extenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO Y/O DE MUERTE ACCIDENTAL**

El Centro de Beneficios
 P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158
 Phone: 1-800-445-0402 Fax: 1-800-447-2498
 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este
 www.unum.com

DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR - Para ser completada por el Empleador (CON LETRA DE MOLDE)

Nombre del empleado (Apellido, Sufijo, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
---	----------------------------------

A. Información sobre el tipo de reclamación: marque todos los beneficios que está reclamando y proporcione los números de póliza y división.

<input type="checkbox"/> Seguro de vida pagada por el empleador	<input type="checkbox"/> Seguro de muerte accidental pagado por el empleado
<input type="checkbox"/> Seguro de muerte accidental pagado por el empleador	<input type="checkbox"/> Seguro de vida para dependientes
<input type="checkbox"/> Seguro de vida pagado por el empleado	<input type="checkbox"/> Seguro de muerte accidental para dependientes
Número(s) de póliza(s)	Número(s) de división

B. Información sobre el empleador

Nombre del empleador

Dirección física del empleador

Ciudad	Estado	Zip
Subsidiaria/afiliada/nombre de la sucursal		Fecha efectiva de la subsidiaria

C. Información y firma del administrador de beneficios (letra de molde)

Las declaraciones en este documento son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

Nombre de la persona que completa el formulario

Cargo de la persona que completa el formulario

Teléfono	Número de fax
----------	---------------

Dirección de correo electrónico:

AVISO DE FRAUDE: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de demanda que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. Esto incluye las partes sobre el empleador en el formulario de reclamación.

D. Firma del administrador de beneficios

Firma X	Fecha de firma
¿Desea recibir copias de todas las cartas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿O solo de las cartas de decisión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

E. Información sobre el empleado: el término "empleado" se refiere a empleados, miembros y/o jubilados.

Nombre del empleado	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección física del empleado		
Cuidad	Estado	Zip
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social (SSN)	Fecha de muerte (mm/dd/aaaa)
Teléfono	Correo electrónico del empleado	



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO Y/O DE MUERTE ACCIDENTAL

El Centro de Beneficios
P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158
Phone: 1-800-445-0402 Fax: 1-800-447-2498
De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este
www.unum.com

DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR (continuación)

Nombre del empleado (Apellido, Sufijo, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
---	----------------------------------

Estado de empleo:
 Tiempo completo Tiempo parcial Jubilado Sindicalizado No sindicalizado Exento No exento

Fecha de contratación	Horas programadas trabajadas por semana
-----------------------	---

Ocupación	Clase (como se define en la política)
-----------	---------------------------------------

¿Cómo se le paga / se le pagaba al empleado? (marque uno)	<input type="checkbox"/> Por hora - \$ por hora:	<input type="checkbox"/> Asalariado - \$ por año:
---	--	---

¿Cómo se le paga / se le pagaba al empleado? (marque uno)
 Marque todos que correspondan: Comisiones Bono Tiempo extra Diferencial por turno N/A

¿Cuál fue la fecha del último aumento de paga?

Última fecha físicamente en el trabajo (mm/dd/aaaa):	Motivo por el que dejó de trabajar
--	------------------------------------

¿Fue despedido este empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, fecha de terminación (mm/dd/aaaa)	Fecha de recontractación: (mm/dd/aaaa)
--	---	--

¿Se pagaron las primas hasta la muerte del empleado/dependiente? Sí No

Si no, indique hasta qué fecha se pagaron las primas (mm/dd/aaaa)

¿Cuándo fue el último cambio en el monto del seguro para este empleado?

¿Requiere usted que los empleados se vuelvan a inscribir anualmente? Sí No

¿Requiere usted que los empleados se vuelvan a inscribir anualmente? Sí No

Cantidad del Seguro	Básico	Fecha de vigencia original de la cobertura (mm/dd/aaaa)	Supplemental	Fecha de vigencia original de la cobertura (mm/dd/aaaa)
Seguro de Vida	\$		\$	
Seguro de Muerte Accidental	\$		\$	

F. Información sobre el dependiente: complete esta sección si la reclamación es por la muerte de un dependiente del empleado.

Nombre del dependiente	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
------------------------	---

Relación al empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Unión civil <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Hijo / hija	Número de Seguro Social del dependiente
--	---

Fecha de nacimiento del dependiente (mm/dd/aaaa)	Fecha de muerte del dependiente (mm/dd/aaaa)
--	--

Estaba el empleado en empleo activo en el momento de la muerte del dependiente? Sí No

Cantidad del Seguro	Básico	Fecha de vigencia original de la cobertura (mm/dd/aaaa)	Supplemental	Fecha de vigencia original de la cobertura (mm/dd/aaaa)
Seguro de Vida	\$		\$	
Seguro de Muerte Accidental	\$		\$	



**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO
DE VIDA COLECTIVO Y/O DE MUERTE ACCIDENTAL**

El Centro de Beneficios
P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158
Phone: 1-800-445-0402 Fax: 1-800-447-2498
De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este
www.unum.com

DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR (continuación)

Nombre del empleado (Apellido, Sufijo, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
---	----------------------------------

G. Información sobre el (los) beneficiario(s) del empleado - Si la reclamación es por la muerte del empleado, complete esta sección. Si hay más de tres, proporcione la siguiente información para cada beneficiario adicional en una hoja de papel por separado e inclúyala con este formulario.

¿El empleado designó un beneficiario para esta cobertura? Sí No Si no, por favor explique:

En caso afirmativo, proporcione el formulario de designación de beneficiario más reciente (se acepta la verificación electrónica).

¿Ha confirmado la siguiente información con el (los) beneficiario(s)? Sí No

1. Nombre _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono _____ Dirección de correo electrónico _____

Relación _____ Número de Seguro Social (SSN) _____ Fecha de nacimiento _____

2. Nombre _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono _____ Dirección de correo electrónico _____

Relación _____ Número de Seguro Social (SSN) _____ Fecha de nacimiento _____

3. Nombre _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono _____ Dirección de correo electrónico _____

Relación _____

Número de Seguro Social (SSN) _____ Fecha de nacimiento _____

H. Información sobre el beneficiario menor de edad: si alguno de los beneficiarios anteriores son niños menores de edad, complete esta sección. Si hay más de uno, proporcione la siguiente información para cada beneficiario menor de edad adicional en una hoja de papel por separado e inclúyala con este formulario.

Nombre del menor _____

Representante adulto del menor	Relación con el menor
--------------------------------	-----------------------

Dirección postal _____

Ciudad	Estado	Zip
--------	--------	-----

Teléfono	Dirección de correo electrónico
----------	---------------------------------



**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO
DE VIDA COLECTIVO Y/O DE MUERTE ACCIDENTAL**

El Centro de Beneficios

P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158

Phone: 1-800-445-0402 Fax: 1-800-447-2498

De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este

www.unum.com

DECLARACIÓN DE MUERTE ACCIDENTAL (LETRA DE MOLDE)

La debe completar: • el beneficiario o familiar más cercano, si la reclamación está relacionada con la muerte accidental del empleado
• el empleado, si la reclamación está relacionada con la muerte accidental de un dependiente.

Si está disponible, adjunte copias de los informes policiales y/o de los servicios médicos de emergencia.

A. Información sobre el empleado

Nombre del empleado	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Nombre del empleador	Número de teléfono del empleador

B. Información sobre el difunto

Nombre del difunto		
Número de Seguro Social del difunto	Fecha de nacimiento del difunto (mm/dd/aaaa)	Fecha de muerte (mm/dd/aaaa)
Relación con el empleado <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Unión civil <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Hijo / hija		

C. Información sobre el accidente

Fecha del accidente (mm/dd/aaaa)	Hora del accidente
¿Dirección donde ocurrió el accidente?	

Describa cómo ocurrió el accidente.

D. Información sobre las autoridades de respuesta

Nombres de agencias públicas (Departamento de Bomberos, de Policía, servicios médicos de emergencia, etc.)	Número de teléfono
Otro: Nombre/Cargo	Número de teléfono
Otro: Nombre/Cargo	Número de teléfono

E. Información sobre médicos/hospitales

Proporcione la siguiente información sobre todos los médicos/hospitales que atendieron al difunto por las lesiones sufridas en este accidente. Si hubo más de dos, comparta la siguiente información para cada médico/hospital adicional en una hoja de papel por separado e inclúyala con este formulario.

Nombre del médico/hospital	Dirección postal	Número de teléfono



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO Y/O DE MUERTE ACCIDENTAL

El Centro de Beneficios
P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158
Phone: 1-800-445-0402 Fax: 1-800-447-2498
De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este
www.unum.com

DECLARACIÓN DE MUERTE ACCIDENTAL (continuación)

Nombre del empleado (Apellido, Sufijo, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
---	----------------------------------

F. La póliza de muerte accidental puede proporcionar un beneficio de educación.

¿Tiene el difunto hijos dependientes solteros actualmente en el grado 12 o que están matriculados a tiempo completo en una institución de educación superior más allá del grado 12? Sí No En caso afirmativo, proporcione la siguiente información para cada niño:

1. Nombre _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____
Dirección postal _____
Número de Seguro Social (SSN) _____ Número de teléfono _____

2. Nombre _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____
Dirección postal _____
Número de Seguro Social (SSN) _____ Número de teléfono _____

3. Nombre _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____
Dirección postal _____
Número de Seguro Social (SSN) _____ Número de teléfono _____

Aviso de Fraude: para su protección, la ley de Arizona requiere que aparezca lo siguiente en este formulario de reclamación:

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una solicitud falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o por un beneficio, o que a sabiendas proporcione información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y estar ser sujeta a una multa o reclusión en prisión

Aviso de Fraude: para su protección, la ley de Nueva York requiere que aparezca lo siguiente en este formulario de reclamación:

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa, u oculte con el fin de engañar información relacionada con cualquier hecho material, comete un acto fraudulento de seguros, que es un delito, y también estará sujeta a una sanción civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada violación de este tipo.

G. Firma

He leído y entiendo los avisos de fraude que aparecen arriba y en las página 2 de este formulario. También comprendo que, si mi reclamo se paga de más por algún motivo, es mi obligación devolver dicho sobrepago. Las declaraciones de arriba son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. (Su firma es necesaria para la consideración de las prestaciones).

Nombre con letra de molde _____ Número de teléfono: _____

Firma **X** _____ Fecha de firma _____

Correo electrónico: _____



**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO
DEVIDA COLECTIVO Y/O DE MUERTE ACCIDENTAL**

El Centro de Beneficios

P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158

Phone: 1-800-445-0402 Fax: 1-800-447-2498

De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este

www.unum.com

Información sobre el pago: informe al beneficiario que si se aprueba la reclamación, el beneficio se pagará con cheque si es menos de \$10,000. El beneficio se pagará a través de una Cuenta de Activos Retenidos de Unum si es de \$10,000 o más y la póliza colectiva requiere este método de pago. Si la póliza colectiva no requiere este método de pago, el beneficio se pagará con cheque. El beneficiario puede solicitar que el beneficio se pague con cheque, independientemente del monto del beneficio, al comunicarse con el Centro de Beneficios al número de teléfono que figura en este formulario.

Información sobre las Cuentas de Activos Retenidos de Unum: al colocar los fondos en una Cuenta de Activos Retenidos de Unum, el beneficiario tendrá el tiempo necesario para decidir cómo administrar mejor los ingresos del seguro para no poner en riesgo sus decisiones de inversión. He aquí cómo funciona:

- Una vez aprobada la reclamación, se enviará por correo al beneficiario un libro personalizado de giros bancarios y un estado de apertura de cuenta.
- Tendrá acceso ilimitado al saldo de la cuenta.
- Se puede acceder a todo el saldo de la cuenta mediante el uso de un solo giro.
- Los giros pueden realizarse por un mínimo de \$250 hasta el saldo total de la cuenta en cualquier momento. No hay límite al número de retiros que se pueden hacer de la cuenta.
- No se realizarán cargos a la Cuenta de Activos Retenidos de Unum por escribir giros o solicitar un nuevo suministro de giros.
- Se realizarán los siguientes cargos a la Cuenta de Activos Retenidos de Unum por cualquier solicitud de:
 - Una copia de un giro o declaración (\$5);
 - Suspender el pago de un giro (\$15);
 - Un giro devuelto sin pagar, solicitudes de estados de cuenta adicionales y solicitudes de copias adicionales del Formulario 1099-INT del IRS (\$10); y
 - Pedidos urgentes de libros de giros (\$25).
- Se proporciona un estado de cuenta trimestral, que detalla el saldo de la cuenta, la tasa de interés, el interés acumulado y las transacciones de la cuenta para el período del estado de cuenta.
- Los fondos en la Cuenta de Activos Retenidos de Unum están totalmente garantizados por Unum Group. Los fondos no están protegidos por la FDIC, pero están protegidos por asociaciones de garantía estatales. Para obtener más información sobre las protecciones proporcionadas por estas asociaciones, el beneficiario puede comunicarse con la Organización Nacional de Asociaciones de Garantía de Seguros de Vida y Salud en nolhga.com o al 703-481-5206.
- El beneficiario podrá dejar el dinero en la Cuenta de Activos Retenidos de Unum por el tiempo que desee. Si no hay actividad en la cuenta o ningún contacto con el beneficiario durante dos años, intentaremos comunicarnos con él/ella. Si no podemos comunicarnos con el beneficiario, se nos podría solicitar que entreguemos el saldo de la cuenta al estado de su última residencia conocida.

Unum retendrá los fondos y los invertirá en su cuenta general mientras permanezcan en la Cuenta de Activos Retenidos de Unum. Unum garantiza el saldo de la cuenta y pagará una tasa de interés competitiva independientemente del rendimiento de inversión de la cuenta general de Unum. Es posible que Unum obtenga ingresos de las ganancias totales recibidas sobre la inversión del saldo de los fondos en la cuenta de activos retenidos.

Se determina la tasa de interés mediante el control de las tasas de interés que se ofrecen en tipos de cuentas similares (es decir, cuentas corrientes, de ahorro y del mercado monetario). Cualquier cambio en la tasa de interés se divulgará a través de un estado de cuenta trimestral.

El interés devengado en la Cuenta de Activos Retenidos de Unum puede estar sujeto a impuestos. El beneficiario debe consultar a un asesor fiscal, un asesor de inversiones u otro asesor financiero si tiene alguna pregunta. Para más información, el beneficiario debe comunicarse con el departamento de seguros de su estado.



The Benefits Center
 P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158
 Phone: 1-800-445-0402 Fax: 1-800-447-2498

Firme y devuelva esta autorización a The Benefits Center a la dirección indicada anteriormente. Esta autorización está diseñada para cumplir con la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

Autorización: Reclamación de vida o muerte accidental

Autorizo a las siguientes personas: profesionales de la salud, hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias, agencias de servicios médicos de emergencia y todos los demás proveedores, instalaciones o servicios médicos o relacionados con la medicina, consultorios médicos, consultorios forenses, planes de salud, compañías de seguros, terceros administradores, productores de seguros, proveedores de servicios de seguros, oficinas de crédito, organismos de concesión de licencias profesionales, organismos encargados de hacer cumplir la ley, agencias de informes del consumidor, empleadores, abogados, instituciones financieras y/o bancos y entidades gubernamentales;

Para divulgar información, ya sea antes, durante o después de la fecha de esta autorización, sobre la salud de la persona fallecida, incluido el VIH, SIDA u otros trastornos del sistema inmunológico, información sobre el diagnóstico, tratamiento y resultados de pruebas relacionadas con enfermedades de transmisión sexual, a menos que esté más restringida por la ley estatal, uso de drogas o alcohol, historial mental o físico, condición, consejo o tratamiento (excepto que esta autorización no autoriza la divulgación de notas de psicoterapia), historial de medicamentos recetados, muerte, ingresos, historial financiero o crediticio, licencias profesionales, historial de empleo, informes y hallazgos de autopsias, resultados y hallazgos de pruebas de laboratorio, resultados de toxicología, informes policiales, informes de accidentes o informes de incidentes de cualquier tipo, fotografías, sangre, orina u otras muestras, reclamaciones y beneficios de seguros, y cualquier otra reclamación y beneficio de _____ (nombre del fallecido en letra de molde) ("Información");

Al Unum Group y sus subsidiarias, Unum Life Insurance Company of America, First Unum Life Insurance Company*, Unum Insurance Company, Provident Life and Accident Insurance Company, Provident Life and Casualty Insurance Company*, The Paul Revere Life Insurance Company* y las personas que evalúan reclamaciones para cualquiera de esas empresas ("Unum");

Para que Unum pueda evaluar y administrar la(s) reclamación(es). Para tal evaluación y administración de reclamaciones, esta autorización es válida por dos años, o la duración de la reclamación, el que sea el plazo más breve. Entiendo que una vez que se divulgue la información a Unum, es posible que las protecciones de privacidad establecidas por HIPAA ya no se apliquen a la información, pero se seguirán aplicando otras leyes de privacidad. Luego, Unum podrá divulgar la información solo según lo que permita la ley, incluidas las leyes estatales de informes de fraude, o según lo autorice yo.

También autorizo a Unum a divulgar información a las siguientes personas (con el fin de informar sobre la experiencia o el estado de la reclamación, o para que el destinatario pueda realizar operaciones de atención médica, pago de reclamaciones, funciones administrativas o de auditoría relacionadas con cualquier beneficio, plan o reclamación): cualquier plan de beneficios para empleados patrocinado por mi empleador; cualquier persona que proporcione servicios o beneficios de seguro a (o en nombre de) mi empleador, cualquier plan o reclamo o cualquier beneficio ofrecido por Unum. Unum no condicionará el pago de los beneficios del seguro a mi autorización o no de las divulgaciones descritas en este párrafo. A los efectos de estas divulgaciones por parte de Unum, esta autorización es válida por un año, o por el período de tiempo permitido por la ley.

Si no firmo esta autorización o si la modifico o revoco, excepto como se especifica, es posible que Unum no pueda evaluar mi(s) reclamación(es), lo que puede llevar a que se rechacen mi(s) reclamación(es). Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de enviar una notificación por escrito a la dirección anterior. Entiendo que la revocación no se aplicará a ninguna información que se solicite antes de que Unum reciba el aviso de revocación.

 Firma del Beneficiario o Representante personal

 Fecha de firma

 Nombre con letra de molde

 Número de Seguro Social del difunto

Firmé en nombre del Beneficiario o Representante personal como _____ (relación en letra de molde). Si es tutor, protector o tutor designado por un tribunal de la propiedad/patrimonio del menor para un beneficiario menor, adjunte una copia del documento que otorga la autoridad.

Unum es una marca registrada y una marca registrada de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras.

*Solo First Unum Life Insurance Company, Provident Life and Casualty Insurance Company y The Paul Revere Life Insurance Company están permitidas y realizan negocios en Nueva York.



The Benefits Center
 P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158
 Phone: 1-800-445-0402 Fax: 1-800-447-2498

Please sign and return this authorization to The Benefits Center at the address above. This authorization is designed to comply with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Privacy Rule. You are entitled to receive a copy of this authorization.

Authorization – Life or Accidental Death Claim

I authorize the following persons: health care professionals, hospitals, clinics, laboratories, pharmacies, emergency medical service agencies, and all other medical or medically related providers, facilities or services, medical examiner’s offices, coroner’s offices, health plans, insurance companies, third party administrators, insurance producers, insurance service providers, credit bureaus, professional licensing bodies, law enforcement agencies, consumer reporting agencies, employers, attorneys, financial institutions and/or banks, and governmental entities;

To disclose information, whether from before, during or after the date of this authorization, about the deceased’s health, including HIV, AIDS or other disorders of the immune system, information on the diagnosis, treatment, and testing results related to sexually transmitted diseases, unless further restricted by state law, use of drugs or alcohol, mental or physical history, condition, advice or treatment (except this authorization does not authorize release of psychotherapy notes), prescription drug history, death, earnings, financial or credit history, professional licenses, employment history, autopsy reports and findings, laboratory test results and findings, toxicology results, police reports, accident reports, or incident reports of any kind, photographs, blood, urine, or other specimens, insurance claims and benefits, and all other claims and benefits of _____ (print name of deceased) (“Information”);

To Unum Group and its subsidiaries, Unum Life Insurance Company of America, First Unum Life Insurance Company*, Unum Insurance Company, Provident Life and Accident Insurance Company, Provident Life and Casualty Insurance Company*, The Paul Revere Life Insurance Company* and persons who evaluate claims for any of those companies (“Unum”);

So that Unum may evaluate and administer the claim(s). For such evaluation and administration of claims, this authorization is valid for two years, or the duration of the claim, whichever is shorter. I understand that once Information is disclosed to Unum, privacy protections established by HIPAA may not apply to the Information, but other privacy laws continue to apply. Unum may then disclose the Information only as permitted by law, including, state fraud reporting laws, or as authorized by me.

I also authorize Unum to disclose Information to the following persons (for the purpose of reporting claim status or experience, or so that the recipient may carry out health care operations, claims payment, administrative, or audit functions related to any benefit, plan or claim): any employee benefit plan sponsored by my employer; any person providing services or insurance benefits to (or on behalf of) my employer, any such plan or claim, or any benefit offered by Unum. Unum will not condition the payment of insurance benefits on whether I authorize the disclosures described in this paragraph. For the purpose of these disclosures by Unum, this authorization is valid for one year, or for the length of time otherwise permitted by law.

If I do not sign this authorization or if I alter or revoke it, except as specified, Unum may not be able to evaluate my claim(s), which may lead to my claim(s) being denied. I may revoke this authorization at any time by sending written notice to the address above. I understand that revocation will not apply to any information that is requested prior to Unum receiving notice of revocation.

 Signature of Beneficiary or Personal Representative

 Date Signed

 Printed Name

 Deceased's Social Security Number

I signed on behalf of the Beneficiary or Personal Representative as _____ (print relationship). If Guardian, Conservator, or court-appointed guardian of the minor’s property/estate for a Minor Beneficiary, please attach a copy of the document granting authority.

Unum is a registered trademark and marketing brand of Unum Group and its insuring subsidiaries.

*Only First Unum Life Insurance Company, Provident Life and Casualty Insurance Company and The Paul Revere Life Insurance Company are admitted in and conduct business in New York.