

LIFE INSURANCE COMPANY OF BOSTON & NEW YORK

OFICINA CENTRAL: 4300 Camp Road, PO Box 331 • Athol Springs, NY 14010
DIRECCIÓN DE SERVICIO: PO Box 219 • Canton MA 02021
TEL. (877) 274-1958 FAX 781-770-0492



**KIT DE RECLAMACIÓN DE SEGURO DE VIDA
PARA PROCESAR LOS BENEFICIOS DEL SEGURO DE VIDA Y POR MUERTE ACCIDENTAL**

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN DEL SEGURO DE VIDA

En nombre de Life Insurance Company of Boston & New York, queremos hacerle llegar nuestras más sinceras condolencias por su pérdida. Sabemos que este es un momento difícil para usted y su familia, de manera que haremos todo lo posible para procesar su reclamación con prontitud.

Para acelerar el procesamiento de su reclamación, es importante que envíe toda la información necesaria solicitada a continuación.

1. El formulario de reclamación debe ser completado por el beneficiario designado o su representante autorizado y firmado donde se indica. Si hay más de un beneficiario, complete el formulario correspondiente al beneficiario adicional.
2. Una fotocopia legible del certificado de defunción del asegurado
3. La póliza de seguro. Si no puede encontrar la póliza, complete la sección de póliza extraviada del formulario de reclamación.
4. Si se hace una reclamación en virtud de los beneficios por muerte accidental, el beneficiario designado también deberá completar el formulario de reclamación por muerte accidental. También se deben adjuntar los informes del accidente e informes policiales pertinentes.
5. Si la cobertura ha sido pagada en parte o en su totalidad por el empleador, o si se trata de una cobertura grupal y el empleador conserva los formularios de inscripción, un representante autorizado del empleador deberá completar la declaración del empleador. También se deben incluir con la reclamación todos los formularios de inscripción originales y los cambios de beneficiarios.
6. Cada beneficiario debe completar el formulario Opciones de pago del seguro de vida.
7. El beneficiario designado o el pariente más cercano, si el beneficiario designado no es un pariente cercano, deberá completar un formulario de autorización conforme a lo establecido por la HIPAA.
8. Si los beneficios se asignan a una funeraria, se nos deberá proporcionar el formulario de asignación y la factura del funeral, si el estado así lo exige.

***** Las pólizas que hayan estado vigentes por menos de dos años podrían ser discutibles *****

Si necesita ayuda para completar el formulario de reclamación

Llame al (877) 274-1958

Envíe los formularios a: Life Insurance Company of Boston & New York, PO Box 219 • Canton MA 02021



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO DE VIDA

Números de póliza de la compañía conforme a los cuales el abajo firmante realiza la reclamación

#1 _____ #2 _____ #3 _____ #4 _____ #5 _____

Nombre completo del asegurado _____ Casado Viudo

Dirección _____ Soltero Divorciado

¿El asegurado es conocido por algún otro nombre? Sí NO Si la respuesta es afirmativa, infórmenos _____

Fecha de nacimiento _____ Fecha de defunción _____ Soc. Seguro Social _____

Fecha del último día de trabajo _____ Nombre del empleador _____

Complete lo siguiente si la Póliza estuvo en vigencia por menos de 2 años e incluya un formulario de autorización firmado que cumpla con HIPAA para la divulgación de expedientes médicos.

Nombres completos y direcciones de todos los médicos y hospitales donde el asegurado recibió tratamiento en los últimos 5 años

Nombre	Dirección	Número de teléfono.
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre del beneficiario _____ Número de seguro social del beneficiario _____

Fecha de nacimiento del beneficiario _____ Número de teléfono del beneficiario _____

Dirección del beneficiario _____

Dirección postal del beneficiario (si es diferente) _____

CERTIFICACIÓN - Bajo pena de perjurio, certifico que la información proporcionada en este formulario es fidedigna, correcta y completa. Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otro tercero, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa, u oculte, con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho sustancial, estará cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, que es un delito, y también estará sujeto a una multa civil por una suma que no excederá los cinco mil dólares ni el valor declarado de la reclamación correspondiente a cada infracción.

X _____
 Firma del beneficiario Nombre impreso Fecha

DECLARACIÓN DE PÉRDIDA DE PÓLIZA (Se completará solo si no se pudo encontrar la póliza original después de buscarla exhaustivamente)

Asegurado _____ N.º de Póliza _____

Esta póliza se extravió o se destruyó. Si la póliza se encuentra más tarde, acepto entregarla a la compañía sin reclamación alguna.

X _____
 Firma del beneficiario Fecha Firma del testigo



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

El beneficiario deberá completar esta sección en su totalidad si reclama un beneficio por muerte accidental

Nombre del asegurado: _____

Fecha y hora del accidente que causa la muerte: _____ Lugar de la muerte: Autopista Casa Trabajo

Fecha: _____ 20__ a. m. p. m. Recreación Otro _____

Describe el accidente en detalle: (Envíe copias de los informes policiales, artículos periodísticos, etc. para ayudar en el procesamiento de esta reclamación)

Nombres de los MÉDICOS y HOSPITALES que brindaron tratamiento al asegurado

Nombre	Dirección
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Se practicó una autopsia? Sí NO Si la respuesta es afirmativa, indique quién la practicó, en qué lugar y en qué fecha.

Nombre	Dirección	Fecha
_____	_____	_____

CERTIFICACIÓN - Bajo pena de perjurio, certifico que la información proporcionada en este formulario es fidedigna, correcta y completa. Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otro tercero, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa, u oculte, con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho sustancial, estará cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, que es un delito, y también estará sujeto a una multa civil por una suma que no excederá los cinco mil dólares ni el valor declarado de la reclamación correspondiente a cada infracción.

X _____
 Firma del beneficiario Nombre impreso Fecha



DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR

Este formulario debe ser completado por un representante autorizado del empleador si el empleador pagó la cobertura en su totalidad o en parte, o si se trata de una cobertura grupal y el empleador conserva los formularios de inscripción.

RECLAMACIÓN DEL SEGURO DE VIDA

Nombre del asegurado: _____ N.º de Póliza grupal: _____ Div. _____

¿El asegurado es conocido por algún otro nombre?: Sí NO Si la respuesta es afirmativa, infórmenos: _____

Dirección del asegurado: _____ N.º de Certificado: _____

Fecha del último día de trabajo del Asegurado: _____ Fecha de fallecimiento: _____ Monto del seguro: _____

Cantidad de horas trabajadas cada semana: _____ Ingresos anuales a la fecha del último día de trabajo: _____

Motivo para dejar el trabajo: Discapacidad Renuncia Vacaciones Licencia laboral Jubilación
 Cese Despido Otro (Especificar) _____

¿Estaba asegurado el empleado al momento de la muerte? Sí NO Ocupación del asegurado: _____

Fecha de contratación: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de vigencia del seguro: _____

¿Se canceló el seguro antes de la muerte? Sí NO Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha y el motivo de la cancelación: _____

RECLAMO DEL SEGURO DE VIDA DE DEPENDIENTE

Nombre del dependiente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de fallecimiento: _____

Dirección del dependiente: _____
 Calle Ciudad Estado Código postal

¿Se canceló el seguro antes de la muerte? Sí NO Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha y el motivo de la cancelación: _____

Por la presente certifico que la fecha hasta la que se ha pagado la prima para este Asegurado es: _____
 Mes/Día/Año

CERTIFICACIÓN - Bajo pena de perjurio, certifico que la información proporcionada en este formulario es fidedigna, correcta y completa. Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otro tercero, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa, u oculte, con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho sustancial, estará cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, que es un delito, y también estará sujeto a una multa civil por una suma que no excederá los cinco mil dólares ni el valor declarado de la reclamación correspondiente a cada infracción.

X _____
 Firma del representante autorizado Calle Ciudad Estado Código postal

Empleador _____
 Código de área Teléfono Ext.



DECLARACIÓN DE BENEFICIARIO ADICIONAL

(Para completar si hay más de un beneficiario)

Nombre del asegurado: _____ **N.º de Póliza:** _____

Nombre del beneficiario: _____ Número de Seguro Social del beneficiario _____

Relación con el asegurado: _____ Fecha de nacimiento del beneficiario: _____

Número de teléfono del beneficiario: _____ Correo electrónico del beneficiario: _____

Dirección del beneficiario: _____

Dirección postal, si es diferente: _____

CERTIFICACIÓN - Bajo pena de perjurio, certifico que la información proporcionada en este formulario es fidedigna, correcta y completa. Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otro tercero, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa, u oculte, con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho sustancial, estará cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, que es un delito, y también estará sujeto a una multa civil por una suma que no excederá los cinco mil dólares ni el valor declarado de la reclamación correspondiente a cada infracción.

X _____
 Firma del beneficiario Nombre impreso Fecha

Nombre del beneficiario: _____ Número de Seguro Social del beneficiario _____

Relación con el asegurado: _____ Fecha de nacimiento del beneficiario: _____

Número de teléfono del beneficiario: _____ Correo electrónico del beneficiario: _____

Dirección del beneficiario: _____

Dirección postal, si es diferente: _____

CERTIFICACIÓN - Bajo pena de perjurio, certifico que la información proporcionada en este formulario es fidedigna, correcta y completa. Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otro tercero, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa, u oculte, con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho sustancial, estará cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, que es un delito, y también estará sujeto a una multa civil por una suma que no excederá los cinco mil dólares ni el valor declarado de la reclamación correspondiente a cada infracción.

X _____
 Firma del beneficiario Nombre impreso Fecha

Nombre del beneficiario: _____ Número de Seguro Social del beneficiario _____

Relación con el asegurado: _____ Fecha de nacimiento del beneficiario: _____

Número de teléfono del beneficiario: _____ Correo electrónico del beneficiario: _____

Dirección del beneficiario: _____

Dirección postal, si es diferente: _____

CERTIFICACIÓN - Bajo pena de perjurio, certifico que la información proporcionada en este formulario es fidedigna, correcta y completa. Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otro tercero, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa, u oculte, con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho sustancial, estará cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, que es un delito, y también estará sujeto a una multa civil por una suma que no excederá los cinco mil dólares ni el valor declarado de la reclamación correspondiente a cada infracción.

X _____
 Firma del beneficiario Nombre impreso Fecha

OPCIONES DE PAGO DEL SEGURO DE VIDA

Revise las siguientes opciones de pago y seleccione su opción marcando la casilla correspondiente y firmando este formulario. Las opciones de pago pueden variar según la póliza seleccionada. Consulte la póliza para conocer las opciones disponibles. Si tiene alguna pregunta o desea analizar otras opciones de pago, comuníquese con nuestro equipo de Servicios de reclamaciones al 1-877-274-1958. Sírvase devolver este formulario con su reclamación.

- Pago único.** Al elegir esta opción, está optando por recibir los beneficios adeudados en un pago único. *(Esta es la opción de pago más común)*
- Suma a pagar como ingreso mensual por una cantidad de años fija.** Al elegir esta opción, está optando por dejar la suma total en una cuenta administrada por Life Insurance Company of Boston & New York. Recibirá un ingreso mensual durante un período máximo de 20 años. Le haremos un pago por mes durante la cantidad de años elegida y el primer pago se hará un mes después de la fecha en la se haya estipulado la opción de pago. Marque con un círculo la cantidad de años durante la cual desea recibir este ingreso mensual. El monto del pago mensual se calculará tomando como referencia el índice que figura junto a la cantidad de años elegida, por cada \$1,000 de la suma total. Pagaremos intereses sobre el monto que nos queda a nosotros a una tasa de al menos 2 ½% anual.

PAGO MENSUAL POR CADA \$ 1,000 DEL MONTO A PAGAR

AÑOS	PAGO	AÑOS	PAGO
1	84.28	11	8.64
2	42.66	12	8.02
3	28.79	13	7.49
4	21.86	14	7.03
5	17.70	15	6.64
6	14.93	16	6.30
7	12.95	17	6.00
8	11.47	18	5.73
9	10.32	19	5.49
10	9.39	20	5.27

- Ingreso por intereses.** Al elegir esta opción, está optando por dejar la suma total en una cuenta administrada por Life Insurance Company of Boston & New York. Pagaremos intereses sobre el monto restante depositado a una tasa de al menos 2 ½% por año. Los intereses se pagarán una vez al año y el primer pago se efectuará un año después de la fecha en la que se haya estipulado la opción de pago. Usted puede elegir la cantidad de años, con un límite máximo de 15 años, durante la cual desea recibir los intereses. El beneficiario podrá retirar la totalidad o una parte de la suma a pagar en cualquier momento, pero no podrá retirar ningún monto si solo tenemos \$ 1,000 en la cuenta. En dicho caso, el beneficiario deberá retirar el monto total. Indique la cantidad de años _____ .
- Suma a pagar como ingreso mensual de un monto fijo.** Al elegir esta opción, está optando por permitir a Life Insurance Company of Boston & New York que administre los pagos de la suma total y está estableciendo, sujeto a nuestro consentimiento, el monto del ingreso mensual que recibirá. Los pagos mensuales deben ser de al menos \$ 5.00 por cada \$ 1000 de la suma a pagar. El primer pago se hará a partir de la fecha de la opción de pago. Acreditaremos los intereses sobre el saldo de la suma a pagar depositada en la cuenta. Este interés será una tasa de al menos 2 ½% al año, compuesto una vez al año. Los pagos se harán hasta completar en su totalidad la suma a pagar, más los intereses.

Fecha _____

X

Firma del beneficiario _____

Nombre en letra de imprenta _____

Nombre del Asegurado _____

* Los intereses devengados sobre la suma pagadera depositada en Life Insurance Company of Boston & New York pueden estar sujetos a impuestos. Consulte a su asesor tributario *

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

Life Insurance Company of Boston & New York
(En lo sucesivo, "nosotros", "nos", "nuestro/a")



PROTECCIÓN DE SU INFORMACIÓN

Para proteger su información personal no pública, mantenemos: salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento.

RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

Recopilamos información sobre usted para realizar negocios. Tales usos son: procesar solicitudes de productos de seguros, proporcionar servicio al cliente, procesar reclamaciones, cumplir con requisitos legales y regulatorios y con otros fines legales. Recopilamos esta información de usted, así como de otras fuentes. Restringimos el acceso a su información a aquellos que trabajan en nuestro nombre, que necesitan conocerla para poder brindarle productos y servicios. Les exigimos que aseguren la información y la mantengan de manera confidencial.

▶ **La información que recopilamos puede incluir toda la información que comparte con nosotros, incluso, por ejemplo:**

- su nombre
- su dirección
- su número de teléfono
- su fecha de nacimiento
- su número de seguro social o identificación tributaria
- el nombre de su empleador e ingresos
- los datos del beneficiario
- los números de sus cuentas financieras
- información de su salud
- y otra información que comparta con nosotros

▶ **También podemos recopilar información que recibamos de otras fuentes, según lo permitido por la ley, como por ejemplo:**

- Información de salud
- Datos relativos a informes sobre el consumidor, de acuerdo con la Ley sobre Informe de Crédito Justo
- información sobre los participantes de organizaciones que nos compran productos o servicios para beneficio de sus miembros o empleados, como ocurre en el caso de los seguros grupales
- información para ayudarnos a cumplir con las leyes estatales y federales

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

No compartimos información sobre nuestros clientes o antiguos clientes con nadie, excepto según lo permitido o requerido por la ley.

▶ **Podemos compartir su información con terceros sin su autorización si la ley así lo permite. Dicha información es utilizada por terceros en representación nuestra para:**

- Procesar o llevar a cabo las transacciones relativas a su seguro de las que nos encargamos
- Procesar funciones relativas a la suscripción, el mantenimiento de cuentas, la administración y las reclamaciones
- prevenir el fraude
- o realizar otras funciones comerciales en nuestro nombre
- brindar servicio al cliente o cobertura de reaseguro

▶ **También podemos compartir su información con:**

- una agencia de informes del consumidor de acuerdo con la Ley de Informes de Crédito Justos
- un tercero para cumplir con las leyes, citaciones federales, estatales o locales
- órganos reguladores
- o según lo permitido o requerido por la ley.

Los terceros que reciben información de nosotros están obligados a: mantener la confidencialidad y cumplir con todas las leyes de privacidad federales y estatales aplicables.

ACCESO A LA INFORMACIÓN QUE TENEMOS SOBRE USTED EN NUESTROS REGISTROS

Tiene derecho a solicitar acceso a toda la información que tenemos sobre usted. Debe realizar su solicitud por escrito a la dirección que figura a continuación.

ENMIENDAS A SU INFORMACIÓN

Tiene derecho a solicitar una enmienda, corrección o eliminación de la información que tenemos sobre usted y que cree que puede ser inexacta. No estamos obligados a actualizar sus datos en función de su solicitud. Debe realizar la solicitud por escrito e indicar los motivos por los que solicita el cambio. Escribanos a la dirección que aparece abajo.

Si tiene preguntas sobre este aviso o desea obtener más información sobre nuestras políticas de privacidad, escribanos a:

Life Insurance Company of Boston & New York
Attention: Privacy Office
4300 Camp Road / PO Box331 / Athol Springs, NY 14010

LIFE INSURANCE COMPANY OF BOSTON & NEW YORK

4300 CAMP ROAD - PO BOX 331 • ATHOL SPRINGS, NY 14010
Dirección de servicio: PO Box 219 • Canton, MA 02021 • 800-645-2317



Autorización para divulgar información médica a LIFE INSURANCE COMPANY OF BOSTON Y NUEVA YORK
(Esta autorización cumple con las normas de privacidad estipuladas en la HIPAA)

_____/_____/_____
Nombre del asegurado / paciente (propuesto) (en letra de imprenta) Fecha de nacimiento

_____/_____/_____
Nombre del segundo asegurado/paciente (propuesto) (en letra de imprenta) Fecha de nacimiento

Autorizo a cualquier plan de salud, médico, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro médico o proveedor de atención médica de otro tipo (*en adelante, "Proveedores"*) que haya proporcionado pagos, tratamientos o servicios a la persona mencionada anteriormente, o en nombre de dicha persona, **a divulgar el registro médico completo y cualquier otra información médica protegida de dicha persona a Life Insurance Company of Boston & New York (LICOBNY) y a sus empleados, representantes y reaseguradores.** Esto incluye información sobre el diagnóstico o tratamiento de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (*VIH*), del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (*SIDA*) y de enfermedades de transmisión sexual. Esto también incluye información sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales y el consumo de alcohol, drogas y tabaco, **pero excluye las anotaciones y los comentarios del psicoterapeuta.**

Con mi firma a continuación, **reconozco que cualquier acuerdo que dicha persona haya hecho para restringir la información médica protegida no se aplica a esta autorización,** y ordeno a cualquier médico, profesional de la salud, hospital, clínica, centro médico o proveedor de atención médica de otro tipo que divulgue todo el expediente médico sin restricciones.

Esta información médica protegida debe ser divulgada al amparo de esta Autorización para que LICOBNY pueda: 1) suscribir una solicitud de cobertura, determinar criterios de elegibilidad, hacer clasificación de riesgos, determinar lo relativo a la emisión de pólizas e inscripciones; 2) obtener reaseguro; 3) administrar reclamaciones y determinar, o cumplir con la responsabilidad relativa a la cobertura y provisión de beneficios; 4) administrar la cobertura; y 5) realizar otras actividades legalmente permitidas que se relacionen con cualquier cobertura que la persona mencionada anteriormente tenga o haya solicitado con LICOBNY.

Esta autorización tendrá una vigencia de 24 meses a partir de la fecha de mi firma a continuación, y una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, en cualquier momento, enviando una solicitud de revocación por escrito a LICOBNY, a P.O. Box 219, Canton, MA 02021-0219, Attention: Privacy Officer. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que alguno de los proveedores se valga de esta autorización o en la medida en que LICOBNY tenga el derecho legal de impugnar una reclamación amparada en una póliza de seguro o de impugnar la póliza en sí misma. **Entiendo que cualquier información que se divulgue de conformidad con esta autorización puede volver a divulgarse y dejará de estar protegida por las normas federales que rigen la privacidad y la confidencialidad de la información médica.**

Entiendo que los proveedores no pueden negarse a proporcionar tratamiento ni el pago por servicios de atención médica si me niego a firmar esta autorización. **Además, entiendo que si me niego a firmar esta autorización para divulgar los registros médicos completos, es posible que LICOBNY no pueda procesar una solicitud de cobertura o, si se ha emitido la cobertura, es posible que no pueda realizar ningún pago de beneficios.** Declaro que he recibido una copia del Aviso de información sobre prácticas de privacidad de LICOBNY. He leído esta autorización y entiendo que yo o mi representante autorizado podemos recibir una copia de la misma.

Firma del asegurado/reclamante/paciente o representante personal propuesto Fecha

Descripción de las atribuciones del representante personal o de su relación con el asegurado/reclamante/paciente propuesto

Firma del segundo asegurado/reclamante/paciente propuesto o de su representante personal Fecha

Descripción de las atribuciones del representante personal o de su relación con el segundo asegurado/reclamante/paciente propuesto

• DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE PERSONAL AUTORIZADO •

Yo, el abajo firmante, designo _____ al/a los beneficiario/s de esta póliza de Life Insurance Company of Boston & New York, como mi/s representante/s personal/es autorizado/s que, tras mi muerte, podrá/n autorizar la divulgación de, y revisar, toda la Información médica protegida que se relacione con una reclamación amparada en esta póliza. Esta designación será nula si cambio mi/s beneficiario/s o si designo a otro representante personal autorizado.

Firma del asegurado Fecha