



Instrucciones para el formulario de reclamaciones del seguro de vida

Documentación requerida al momento del envío de una reclamación del seguro de vida:

Al fallecer un asegurado, el beneficiario deberá notificar inmediatamente a los proveedores. Además, envíe los siguientes documentos al proveedor lo antes posible:

- Formulario de reclamación del seguro de vida (consulte la Página 2);
- Un certificado oficial de defunción, que indique la fecha de nacimiento del Asegurado difunto;
- Comprobante de empleo;
- Comprobante de salario, si el beneficio se relaciona con el salario;
- Informe médico detallado sobre la aparición y el desarrollo de la enfermedad, lesión corporal o accidente que provocó el fallecimiento;
- En caso de no haber recibido tratamiento médico, un certificado médico u oficial que indique la causa y las circunstancias del fallecimiento.

Los proveedores tienen derecho a obtener información adicional. Los gastos en que se incurra en relación con la confirmación de una reclamación serán responsabilidad del reclamante. Los proveedores pagarán el beneficio asegurado en cuanto estén conformes con la validez de la reclamación, de acuerdo con su evaluación de los documentos solicitados que hayan sido recibidos.

El Formulario de reclamaciones y los documentos se aceptan por correo electrónico o fax; en papel a solicitud. Enviar a:

Correo electrónico: LifeClaims@gbg.com
Fax: +1.949.470.2110
Correo postal: Global Benefits Group
Asunto: Reclamaciones del seguro de vida
PO Box 211008, Eagan, MN 55121



Formulario de reclamación del seguro de vida

A. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO	
Nombre del fallecido (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):	
N.º de póliza:	N.º de Id. de GBG:
Fecha de nacimiento: (DD/MMM/AAAA, es decir, 23/NOV/1988)	¿De qué registro se obtuvo la fecha de nacimiento?:
Empleador (si corresponde):	País de residencia:
B. INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (Beneficiario)	
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):	Relación con el fallecido:
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):	SSN del reclamante:
Domicilio:	
Código postal:	País:
C. INFORMACIÓN DE LA RECLAMACIÓN	
Fecha de fallecimiento (DD/MM/AAAA):	Lugar de fallecimiento:
Causa del fallecimiento:	
¿Cuándo se vio afectada por primera vez la salud del fallecido? (DD/MM/AAAA)	
Durante la última enfermedad, ¿cuándo consultó a un médico por primera vez el fallecido? (DD/MM/AAAA)	
¿En qué fecha el fallecido fue a trabajar de manera habitual por última vez? (DD/MM/AAAA)	
D. INFORMACIÓN DEL MÉDICO	
Médico n.º 1	
Médico/Centro/Nombre del proveedor:	
Fecha de asistencia:	
Consulta por:	
Domicilio:	
Código postal:	País:
Teléfono:	Correo electrónico:



D. INFORMACIÓN DEL MÉDICO (continuación)

Médico n.º 2 (si corresponde)

Médico/Centro/Nombre del proveedor:

Fecha de asistencia:

Consulta por:

Domicilio:

Código postal:

País:

Teléfono:

Correo electrónico:

E. OTROS SEGUROS DE VIDA O POR ACCIDENTE EN LA VIDA DEL FALLECIDO

Fechas de las pólizas	Compañías/Asociaciones	Monto del seguro

F. AUTORIZACIÓN

Por la presente, el que suscribe reclama dicho seguro como beneficiario y acuerda que las declaraciones y los testimonios escritos de todos los médicos que atendieron o trataron al asegurado, así como todos los documentos solicitados en las presentes instrucciones constituyen y forman parte de estas Constancias de defunción. Cualquier acuerdo adicional a lo que facilita este formulario o cualesquiera de los formularios complementarios aquí suministrados por la Compañía no deberán constituir ni considerarse como afirmación de que existió un seguro en vigencia sobre la vida en cuestión ni como renuncia a ninguno de sus derechos o defensas.

Doy mi permiso expreso en mi nombre y en nombre de cualquier tercero que posea o reclame intereses en una póliza emitida al asegurado, todas las disposiciones legales que prohíban a un médico u otra persona que haya atendido o examinado al asegurado, o cualquier hospital o sanatorio en que se haya internado, tratado o examinado al asegurado para que divulguen la información o conocimiento adquirido, y autorizo la exposición de dicha información a la compañía de seguros antes mencionada. Una fotocopia de esta autorización deberá considerarse tan efectiva y válida como el original de la misma.

Reclamante	Testigo
Nombre:	Nombre:
Firma:	Firma:
Fecha:	Fecha:

El Formulario de reclamaciones y los documentos se aceptan por correo electrónico o fax; en papel a solicitud. Enviar a:

Correo electrónico: LifeClaims@gbg.com
Fax: +1.949.470.2110

Correo postal: Global Benefits Group
ATTN: Life Claims
PO Box 211008, Eagan, MN 55121

Aviso de justo proceso

El grupo GBG incluye compañías de seguros, compañías administrativas y de corretaje, y compañías de asistencia y de operaciones. Respetamos su privacidad y todos nos comprometemos a proteger su información personal.

Nuestra política de privacidad le informa sobre sus derechos de privacidad y de qué manera las leyes le protegen. Esto incluye información sobre cómo recopilamos y procesamos su información personal. Nuestra política de privacidad está publicada en nuestro sitio web <https://www.gbg.com/privacy-policy>. Le recomendamos que lea la política para que entienda sus derechos y la manera como el grupo GBG usa sus datos personales.