



Underwritten by  
United of Omaha Life Insurance Company  
A Mutual of Omaha Company

3300 Mutual of Omaha Plaza  
Omaha, NE 68175-0001  
Línea gratuita (800) 775-8805  
Fax (402) 997-1835  
Correo electrónico submitgrplife@mutualofomaha.com

## Instrucciones para presentar un formulario de reclamación de prueba de muerte

Al momento de fallecimiento de un empleado asegurado, un miembro del plan o de un dependiente asegurado, el administrador del plan/empleador debe completar el formulario de reclamo como se indica y enviar los documentos adjuntos mencionados a continuación. Tenga en cuenta que podría ser necesaria más documentación en el futuro para completar el proceso de reclamo.

### Envíe la documentación requerida:

- Formulario de reclamo de prueba de defunción:  
Parte I: Completada por el empleador/administrador del plan  
Parte II: Completada por el beneficiario o beneficiarios
- Formulario de designación de beneficiarios, incluidos los cambios de beneficiarios.
- Copia original, fotocopias o impresión de pantalla del formulario de inscripción.
- Certificado de defunción original validado que indique la causa y forma de muerte. Si el monto del beneficio es de \$200 000 o menos, una copia del certificado que indique la causa y forma de muerte es aceptable.
- Para beneficios por muerte accidental, proporcione los siguientes documentos, incluidos, entre otros:
  - Informe oficial de investigación (policía, accidente, incendio, FAA, OSHA)
  - Prueba del uso del cinturón de seguridad/airbag, si corresponde
  - Informe del forense o informe del examinador médico o informe toxicológico
- Si el beneficiario es:
  - Un sucesor:** deberá presentar las cartas testamentarias o cartas de administración que nombren al representante personal de la sucesión.
  - Un fideicomiso:** deberá presentar una copia de las siguientes páginas del fideicomiso: carátula del fideicomiso, designación de fideicomisario o fideicomisario sucesor, y la página con las firmas del fideicomiso.
  - Un menor:** según la legislación estatal, un menor carece de capacidad para firmar una liberación vinculante de un contrato de seguro.  
Por esta razón, los beneficios del seguro de vida no son directamente pagaderos a un beneficiario menor. Las siguientes opciones están disponibles cuando el beneficiario es menor de edad:
    - UTMA (Ley de transferencia uniforme a menores):** El pago de la UTMA podrá utilizarse siempre que el monto del beneficio, incluidos los intereses, sea inferior al importe permitido en el estado de residencia del beneficiario menor.
    - Documentos de custodia:** el tutor del menor puede obtener los documentos de custodia legal para la sucesión del menor. Estos documentos de custodia legal se deben obtener antes de la liberación del beneficio.
- Si el beneficiario ha fallecido antes que el asegurado y no se nombra a ningún beneficiario contingente o el asegurado no ha nombrado a un beneficiario:
  - El pago de los beneficios del seguro de vida se pagará en orden según lo especificado en las disposiciones de póliza del contrato.
  - El heredero sobreviviente debe completar un formulario de declaración jurada de designación de beneficiario preferencial, que debe estar certificada por un notario.

### El formulario de reclamo de prueba de defunción debe ser enviado a:

Reclamos de seguro de vida grupal United of Omaha Life Insurance Company  
3300 Mutual of Omaha Plaza  
Omaha, NE 68175-0001  
or  
Fax (402) 997-1835  
Correo electrónico submitgrplife@mutualofomaha.com

## Advertencias de fraude

Revise la advertencia de fraude específica para su lugar de residencia antes de firmar el formulario o solicitud adjunta.

**Todos los demás estados:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

**Alabama:** Cualquier persona que presente deliberadamente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y quedará sujeta a multas de restitución o encarcelamiento, o alguna combinación de estos.

**Arkansas/Maine/Ohio/Tennessee:** Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa será culpable de fraude de seguro.

**California:** Para su protección, el derecho de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario. Toda persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de un seguro o para presentar una reclamación por el pago de un siniestro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

**Colorado:** Es ilegal proporcionar deliberadamente información o datos falsos, incompletos o engañosos a una empresa de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a dicha empresa. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier empresa de seguros o agente de una empresa de seguros que deliberadamente proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o solicitante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al asegurado o solicitante con respecto a un acuerdo o indemnización pagadera del producto del seguro será denunciado ante la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias reguladoras.

**Distrito de Columbia:** Es delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si un solicitante proporciona información falsa relacionada materialmente con un reclamo.

**Florida:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave del tercer grado.

**Kansas:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles determinadas por un tribunal de justicia.

**Kentucky:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito.

**Louisiana:** Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y quedará sujeta a multas y encarcelamiento.

**Maryland:** Cualquier persona que deliberada o conscientemente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberada o intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un delito y quedará sujeta a multas y encarcelamiento.

**Massachusetts/Vermont:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

**Nueva Jersey:** Cualquier persona que deliberadamente incluya información falsa o engañosa en una solicitud de seguro quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

**Nuevo México:** Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un crimen y quedará sujeta a multas civiles y sanciones penales.

**Nueva York:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también quedará sujeta a sanciones civiles que no excedan los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada una de esas infracciones.

**Carolina del Norte/Oregón:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

**Puerto Rico:** Cualquier persona que proporcione información oral o escrita, u ofrezca cualquier testimonio sobre acciones ilegales o inadecuadas que debido a su naturaleza constituyan acciones fraudulentas para las empresas aseguradoras, a sabiendas de que los datos son falsos, estará cometiendo un delito grave y, tras la condena, será sancionada por cada infracción con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5000) y no más de diez mil dólares (\$10 000) por cada infracción, o una pena fija de prisión por tres (3) años, o ambas penas. En caso de que existan circunstancias agravantes, la sanción así establecida podrá incrementarse hasta un máximo de cinco (5) años; si existen circunstancias atenuantes, podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.

**Rhode Island:** Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito, y quedará sujeta a multas y encarcelamiento.

**Virginia:** Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley estatal.

**Washington:** Es delito proporcionar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a una empresa de seguros con el fin de defraudar a dicha empresa. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de beneficios de seguro.

# Formulario de reclamo de prueba de muerte

## Parte I: El empleador o administrador del plan debe completar esta sección

El fallecido está asegurado como:  Empleado/miembro  Cónyuge  Hijo

1. Nombre del solicitante/fallecido \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado/miembro (si no es la persona fallecida) \_\_\_\_\_

2. Fecha de muerte \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

3. Número de seguridad social del fallecido \_\_\_\_\_

4. Estado civil del empleado/asegurado:

Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Separado/a  Divorciado/a  Pareja de hecho  Pareja de hecho

5. Monto del seguro para el fallecido:

Seguro de vida básico \_\_\_\_\_ Seguro de vida voluntario \_\_\_\_\_

Seguro básico por AD&D \_\_\_\_\_ Seguro voluntario por AD&D \_\_\_\_\_

Seguro de vida básico para dependiente \_\_\_\_\_ Seguro de vida voluntario para dependiente \_\_\_\_\_

Seguro voluntario por AD&D para dependiente \_\_\_\_\_

**Si corresponde, adjunte el registro de inscripción de la primera vez que se eligió la cobertura (en formato escrito o electrónico).**

6. Nombre del beneficiario como aparece en sus registros \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
**Adjunte una copia del formulario de designación del beneficiario actual (en formato escrito o electrónico).**

7. ¿Fecha en que el empleado se presentó por última vez en el trabajo? \_\_\_\_\_

8. Para reclamos de dependientes: ¿el empleado todavía trabaja de manera activa?  Sí  No

No Si la respuesta es No, indique la última fecha de trabajo activo \_\_\_\_\_

9. Razón por la que el empleado/asegurado dejó de trabajar:

Enfermedad (incluye licencia por incapacidad/incapacidad parcial)  Licencia (que no sea por incapacidad)

Renuncia  Destitución  Vacaciones  FMLA  Jubilación (Fecha) \_\_\_\_\_  Despido

10. ¿El empleado estaba incapacitado?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, fecha de inicio de la incapacidad \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de la incapacidad parcial \_\_\_\_\_

11. La fecha de la prima para el fallecido mencionado anteriormente se ha pagado por completo \_\_\_\_\_

12. Fecha de contratación \_\_\_\_\_  Tiempo completo  Medio tiempo

Sindicalizado  No sindicalizado  Por hora  Exento  No exento  Asalariado

Salario anual (si es asalariado) \$ \_\_\_\_\_ Fecha del último aumento salarial \_\_\_\_\_

Promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_ Actividad \_\_\_\_\_ Clase \_\_\_\_\_

13. Fecha de entrada en vigencia del seguro del fallecido con Mutual of Omaha o United of Omaha \_\_\_\_\_

**Por el presente certificamos que a nuestro saber y entender, las afirmaciones anteriores son correctas y que dicha cobertura de seguro del fallecido estaba en vigencia en la fecha de su fallecimiento.**

Número de póliza de grupo \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Nombre impreso del empleador/representante del plan autorizado \_\_\_\_\_

Firma del  
empleador/representante del plan autorizado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

## Parte II: El beneficiario debe completar esta sección\*

\*Si hay más de un beneficiario, cada uno debe completar un formulario separado.

Nombre \_\_\_\_\_  
(nombre) (inicial del segundo nombre) (apellido)

Número de seguridad social del beneficiario o número de identificación fiscal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del fallecido \_\_\_\_\_ Relación con el fallecido \_\_\_\_\_

Número de póliza grupal del fallecido \_\_\_\_\_

Causa y forma de muerte, si se conoce \_\_\_\_\_

¿La muerte fue causada por un accidente?  Sí  No

(Si la respuesta es Sí y la póliza incluye una disposición para muerte accidental y desmembramiento, podríamos solicitar una copia del informe policial/ del accidente, el informe de autopsia/examinador médico, toxicología y certificado de defunción con causa y forma de muerte como accidente.)

Si usted no es el beneficiario designado, ¿en qué capacidad hace este reclamo? \_\_\_\_\_

¿Tiene el difunto alguna otra cobertura de seguro de vida con Mutual of Omaha o United of Omaha?  Sí  No

### Si el fallecido era dependiente, complete las siguientes preguntas:

¿Estaba inhabilitado el dependiente?  Sí  No Si la respuesta es Sí, describa la incapacidad \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la incapacidad \_\_\_\_\_ Último día de trabajo del dependiente \_\_\_\_\_

Empleador del dependiente \_\_\_\_\_ Número de teléfono del dependiente \_\_\_\_\_

El hijo es:  Estudiante de tiempo completo  Estudiante de medio tiempo

Nombre y dirección de la escuela \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

## Certificación

Para poder cumplir con los requisitos de informe aplicables del IRS, complete la siguiente certificación:

So pena de falso testimonio, certifico que:

- Las declaraciones que he hecho en este formulario, incluido mi número de identificación fiscal (o el hecho de que estoy esperando que me asignen un número), son correctas, y
- No estoy sujeto a retenciones de respaldo porque no he sido notificado por el Servicio de Impuestos Internos (IRS) que estoy sujeto a retenciones de respaldo por no haber informado todos los intereses y dividendos, o el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a las retenciones de respaldo.
- Soy estadounidense.

El Servicio de Impuestos Internos no requiere su consentimiento para ninguna disposición de este documento distinta de las certificaciones necesarias para evitar las retenciones de respaldo.

Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también quedará sujeta a sanciones civiles que no excedan los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada una de esas infracciones.

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre impreso \_\_\_\_\_

# Autorización para divulgar información personal

1. Yo (el abajo firmante) autorizo a cualquier médico, odontólogo, farmacéutico, otro proveedor de atención médica, hospital, clínica o centro médico, aseguradora, reaseguradora, organización de apoyo a los servicios de seguros, empleador, agencia gubernamental, agencia de informes de solvencia, o la póliza de seguros o el administrador del plan de beneficios para divulgar registros que contengan la Información Personal de:

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de seguridad social \_\_\_\_\_

Esta información médica o de salud puede incluir información sobre el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales, consumo de alcohol y de drogas. Esto también puede incluir información sobre el diagnóstico, tratamiento y resultados de pruebas relacionadas con VIH, SIDA y enfermedades de transmisión sexual, a menos que la ley estatal lo restrinja.

2. **Información personal que se divulgará:**

- datos o registros sobre mi historia clínica, tratamiento, recetas, consultas (incluidos informes médicos y psicológicos, registros, gráficos, notas (excluidas notas de psicoterapia), radiografías, imágenes o correspondencia, y cualquier afección médica que tenga o haya tenido;
- cualquier información relacionada con la cobertura del plan de beneficios o del seguro, reclamos o beneficios; o
- cualquier información, datos o registros relacionados con mis actividades (incluidos registros relacionados con mi seguridad social, indemnización por accidente laboral, ingresos de jubilación, información financiera, ganancias e historial laboral)

3. **Autorizo a divulgar mi información personal con:**

ATENCIÓN: Reclamos de seguro de vida grupal  
United of Omaha Life Insurance Company  
3300 Mutual of Omaha Plaza  
Omaha, NE 68175-0001  
or Fax: 402-997-1835 o correo electrónico: submitgrplife@mutualofomaha.com

4. **Entiendo que Mutual utilizará mi información personal con el fin de evaluar mi solicitud de beneficios, o en la medida que lo exige o permite la ley, y que, en caso de no firmar esta autorización, no recibiré el pago de mi solicitud de beneficios. También autorizo a Mutual a divulgar mi información personal de la siguiente manera:**

- a su reaseguradora, u otras personas u organizaciones que proporcionan servicios comerciales, legales o de apoyo a seguros en relación con mi/s reclamo/s; o
- a un proveedor especializado en la solicitud de Beneficios de Incapacidad de la seguridad social; o
- a proveedores/consultores que me proporcionen servicios relacionados con el bienestar, la incapacidad o la licencia como parte de un plan de beneficios patrocinado por el empleador; o
- para planes de incapacidad autoasegurados solamente, a mi empleador; o
- para planes totalmente asegurados a mi empleador para su uso en discusiones con Mutual con respecto a mi capacidad funcional, y cualquier restricción y limitaciones relacionadas, con el fin de facilitar mi regreso al trabajo; o
- lo que por lo demás exija o permita la ley, o según yo lo autorice

5. Entiendo que mi información personal puede estar sujeta a la redivulgación por parte del destinatario y que ya no estará protegida por la ley federal o estatal.
6. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud escrita para Mutual en la dirección mencionada anteriormente. Si revoco esta Autorización, no afectará ningún uso o divulgación de información personal que haya ocurrido antes de que Mutual reciba mi revocación. Si no se recibe la revocación por escrito, esta Autorización seguirá siendo válida hasta 24 meses después de la fecha firmada.
7. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización y que una copia tiene la misma validez que el original.

CONSERVE UNA COPIA FIRMADA PARA SUS REGISTROS

Nombre/s utilizado/s para los registros (si es diferente del nombre siguiente): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Si corresponde: Soy el representante legal del solicitante y estoy autorizado a dar el consentimiento en representación del solicitante.**

**Nombre impreso del representante legal** \_\_\_\_\_

**Firma del representante legal** \_\_\_\_\_

**Tipo de representante legal** \_\_\_\_\_

ESTA AUTORIZACION CUMPLE CON HIPAA Y OTRAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES

**Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente.**

# Cómo afrontar una pérdida

---

## *Cómo adaptarse a la pérdida de un ser querido*

En momentos de dolor y pérdida, es normal sentir confusión e incertidumbre sobre cómo proceder.

Le preguntamos a los consejeros de duelo, médicos y asesores financieros qué consejos ofrecerían a amigos y clientes durante este difícil momento. Estos son algunos de sus consejos.

### **El duelo y la pérdida pueden afectar su salud**

Cuide su bienestar físico también. Tu angustia puede manifestarse en el insomnio y la pérdida de apetito, lo que aumenta tu malestar emocional. Las exigencias físicas de las responsabilidades adicionales también pueden tener un impacto negativo adicional. Aprenda a pedir ayuda y no sea duro con usted mismo.

### **Perder a un ser querido es uno de los desafíos más difíciles de la vida**

Cada pérdida, al igual que cada relación, es única y cada proceso de duelo es diferente y toma su tiempo. Las emociones fuertes son naturales y son parte del proceso de curación. Aceptar esas emociones y permitirse sentir las son pasos importantes del proceso. Algunos dolientes encuentran un refugio en los grupos de apoyo o con terapeutas profesionales.

### **Finanzas**

Podría enfrentar nuevas y enormes responsabilidades financieras en estos momentos. No solo deberá ordenar sus finanzas, podría tener que tomar decisiones con respecto a la sucesión del fallecido.

No ceda ante la presión de tomar decisiones rápidas que luego podría lamentar. Protéjase al consultar con los asesores adecuados, como su contador, su abogado, su representante de seguros o su planificador financiero.

### **Documentos importantes**

Si el fallecido era su cónyuge, o usted es el ejecutor de la sucesión, los asesores financieros sugieren que busque artículos y documentos importantes, incluidos:

- Pólizas de seguro
- Documentos del plan de beneficios del empleado
- Acuerdos comerciales
- Testamentos/fideicomisos
- Declaraciones de impuestos y formularios W-2
- Certificados de matrimonio y de nacimiento

### **Para asistencia adicional**

Para obtener asistencia confidencial para hacer frente al dolor y la pérdida, puede comunicarse con un asesor experto y comprensivo, las 24 horas del día, los siete días de la semana al **1-800-238-1439**.

\*Las preguntas relacionadas con su reclamo o estado de reclamo deben ser dirigidas al 1-800-775-8805.

Acceda al folleto completo de Asistencia al Beneficiario, lleno de información y asesoramiento útil, en <https://www.mutualofomaha.com/documents/eap/como-afrontar-la-perdida-de-un-ser-querido.pdf>.

La empresa de seguros Mutual of Omaha Insurance Company o una de sus afiliadas ofrece los productos y servicios de seguros. Oficina central: 3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175. La Mutual of Omaha Insurance Company está autorizada en todo el país. United of Omaha Life Insurance Company está autorizada en todo el país, excepto en Nueva York. Companion Life Insurance Company, Melville, NY 11747, está autorizada en Nueva York. Cada empresa aseguradora es la única responsable de sus propias obligaciones contractuales y financieras.

## Autorización de transferencia electrónica de fondos (EFT)

### Depósito directo de pagos de beneficios

Entiendo que al completar este formulario, autorizo a United of Omaha Life Insurance Company a depositar directamente en mi cuenta bancaria a través de transferencia electrónica de fondos (EFT) los pagos que se me deben en virtud de un contrato emitido o administrado por United of Omaha a mi institución financiera con la información proporcionada a continuación, para el crédito a mi cuenta. Declaro que la información bancaria que se detalla a continuación no está asociada con una tarjeta bancaria prepaga o una cuenta de cheques/ahorros no estándar, y entiendo que dicha tarjeta bancaria prepaga o cuentas de cheques/ahorros no estándar no son aceptadas por United of Omaha.

Además, autorizo e instruyo al banco a cargar dicha cuenta o la cuenta de mi patrimonio por cualquier pago realizado por error según lo determinado por United of Omaha y reembolsar cualquier pago realizado después de mi muerte o realizado por error y reembolsar cualquier pago a United of Omaha previa solicitud por escrito al banco.

Además entiendo y acepto que es mi responsabilidad asegurar que toda la información bancaria reportada en este formulario sea precisa y correcta para el depósito apropiado de mi(s) pago(s) y que United of Omaha puede confiar en esta información y no tendrá la obligación de asegurar la veracidad de la información. Completar este formulario no es una garantía de que se pagarán los beneficios.

Además, entiendo y acepto que cualquier pago realizado en una cuenta bancaria incorrecta (incluidos, entre otros, una tarjeta bancaria prepaga o una cuenta corriente/de ahorros no estándar, ambas de los cuales no son aceptados por United of Omaha) de acuerdo con la información reportada en este formulario, los perderé y United of Omaha no tiene la obligación de recuperar esos fondos o hacerme pagos de reemplazo.

Además, entiendo y acepto para mí, mis herederos, albaceas y patrimonio indemnizar y eximir de responsabilidad a United of Omaha de cualquier pérdida o daño de cualquier naturaleza, incluidos los costos o los honorarios de abogados incurridos debido a que dicho banco actúa de conformidad con esta Autorización.

Además, entiendo y acepto que United of Omaha no es responsable de ningún cargo bancario u otros costos asociados con o que surjan de este acuerdo.

También entiendo que si mi banco no puede aceptar EFT, los cheques se enviarán por correo a mi residencia.

Me reservo el derecho de revocar y cancelar esta autorización. Dicha revocación y cancelación entrará en vigencia dentro de los 5 días hábiles siguientes a la recepción de la notificación por parte de United of Omaha.

Información del beneficiario	Información bancaria
Nombre completo	Nombre del banco
Dirección	Dirección
Dirección	Dirección
Ciudad	Ciudad
Estado y código postal	Estado y código postal
Número de teléfono ( )	Número de teléfono ( )
Número de seguro social	Número de cuenta
Número de póliza	Número de ruta/tránsito ABA del banco
Numero de reclamo	<input type="checkbox"/> Comprobación <input type="checkbox"/> Ahorros (Marque solo uno) <small>Tarjetas bancarias prepaga y no estándar no se permiten cuentas de cheques/ahorros.</small>
<b>Número de beneficiario (sólo para uso de oficina)</b>	<b>Aprobado por/Fecha (sólo para uso de oficina)</b>

X

Firma del beneficiario

Fecha

### Información del contacto

Adjunte una copia de un **cheque anulado para cuenta corriente o un recibo de depósito** para cuentas de ahorro a este formulario. Si no dispone de un cheque anulado o recibo de depósito, se acepta la documentación de su banco que verifique el número de cuenta y el número de ruta bancaria. **Tenga en cuenta que** si esta información no se adjunta, no podremos procesar su solicitud de transferencia electrónica de fondos (EFT).

**United of Omaha Life Insurance Company**  
**HO8W-GDMS**  
**3316 Farnam Street**  
**Omaha, NE 68172-7420**

También puede enviar un fax al 402-997-1835 o enviar un correo electrónico a [submitgrplife@mutualofomaha.com](mailto:submitgrplife@mutualofomaha.com)

Si tiene alguna pregunta sobre EFT, no dude en comunicarse con nuestros representantes de servicio al cliente al número gratuito **1-800-775-8805** (de lunes a jueves de 7 a.m. - 5:30 p.m. y viernes 7 a.m. - 5 p.m. CST).