



DEATH CLAIM - CLAIMANT'S STATEMENT

SUBMIT ALL CLAIM RELATED DOCUMENTS TO:

KEMPER LIFE INSURANCE SERVICES

1111 d/D Z > < D EKZ W Z < t zU ^h/d îî

, ^d Z&/ > U DK òîîíó

FAX: 314-819-4391



DEATH CLAIM - CLAIMANT'S STATEMENT (PART TWO)

5. DOCTOR/HOSPITAL INFORMATION

IF ANY POLICY IS LESS THAN TWO YEARS OLD OR IF THE DEATH WAS BY ACCIDENTAL MEANS, PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING INFORMATION:

Name of Doctor(s) or Hospital(s): _____ Telephone No.: _____

Address:

FRAUD WARNING NOTICES

' E Z > & Z h t Z E / E ' W v Ç % O E • } v U Á Z } U Á] š Z š Z] v š v š š } (O E μ } O E l v } A] v • μ O E O E U • μ u] š • v % % o] Ÿ } v } O E . o • o] u } v š] v] v P (o • } O E % Ÿ Á

> / & K Z E / W & } O E Ç } μ O E % O E } š Ÿ } v U o] (} O E v] > Á O E < μ] O E • š Z (} o o } Á] v P š v š • (o • } O E (O E μ μ o v š] v (} O E u Ÿ } v š } } š] v } O E u v] v • μ O E v } Á O E P } O E } (O E] u v u Ç • μ i š š } . v • v } v . v u v š] v • š š % O E] • } v X

/ ^ d Z / d K & K > h D / W t Z E / E ' W / š] • O E] u š } % O E } Á] (o • } O E u] • o] v P (O E μ] v P š Z] v • μ O E O E } O E v Ç } š Z O E % O E • } v X W v o Ÿ •] v o μ] u % O E] • } v u v v . š •] ((o •] v (} O E u Ÿ } v u š O E] o o Ç O E o š š } o] u Á • % O E } Á] Ç

& > K Z / W v Ç % O E • } v Á Z } l v } Á] v P o Ç v Á] š Z] v š v š š }] v i μ O E U (O E μ } O E o] u } v š] v] v P v Ç (o • U] v } u % o š } O E u] • o] v P] v (} O E u Ÿ } v] • P μ] o š Ç } (

/ E / E W % O E • } v Á Z } l v } Á] v P o Ç v Á] š Z] v š v š š } (O E μ v] v • μ O E O E . o • % o š U } O E u] • o] v P] v (} O E u Ÿ } v } u u] š • (o } v Ç X

< E d h < z W v Ç % O E • } v Á Z } l v } Á] v P o Ç v Á] š Z] v š v š š } (O E μ v Ç] v • μ O E v o] u } v š] v] v P v Ç u š O E] o o Ç (o •] v (} O E u Ÿ } v } O E } v o • U (} O E š Z % μ O E % material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime.

> K h / ^ / E W v Ç % O E • } v Á Z } l v } Á] v P o Ç % O E • v š • (o • } O E (O E μ μ o v š o] u v š • (o •] v (} O E u Ÿ } v] v v % % o] Ÿ } v (} O E] v • μ O E v] • P μ] o š Ç } (O E] u v

E t : Z ^ z W v Ç % O E • } v Á Z } l v } Á] v P o Ç . o • • š š u v š } (o] u } v š] v] v P v Ç O E] u] v o v] Á] o % v o Ÿ • X

K < > , K D W t Z E / E ' W v Ç % O E • } v Á Z } l v } Á] v P o Ç U v Á] š Z] v š v š š }] v i μ O E U š Z % O E } • } (v] v • μ O E v % } o] Ç } v š] v] v P v Ç (o • U] v } u % o š } O E u] • o

W E E ^ z > s E / W v Ç % O E • } v Á Z } l v } Á] v P o Ç v Á] š Z] v š v š š } (O E μ v Ç] v • Ÿ } v (} O E] v • μ O E v } O E • š š u v š } (o] u } v š] v] v P v Ç u š O E] o o Ç (o •] v (} O E] v (} O E u Ÿ } v } v O E v] v P v Ç (š u š O E] o š Z O E š } } u u] š • (O E μ μ o v š] v • μ O E v š } O E] u] v o v] Á] o % v o Ÿ • X

VIRGINIA: WARNING: ANY PERSON WHO, WITH THE INTENT TO DEFRAUD OR KNOWING THAT HE IS FACILITATING AGAINST AN INSURER, SUBMITS AN APPLICATION OR FILES A CLAIM CONTAINING A FALSE OR DECEPTIVE STATEMENT THAT VIOLATED THE STATE LAW.