

LEA DETENIDAMENTE ESTA INFORMACIÓN. Es importante.

SIGA ESTAS INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

SE DEBE PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN PARA QUE SE PROCESA LA RECLAMACIÓN. SI NO SE RECIBE LA INFORMACIÓN COMPLETA, SE RETRASARÁ EL PROCESAMIENTO DE LA RECLAMACIÓN.

NOTA: Los beneficios de la póliza de accidentes son limitados y es posible que no proporcionen el 100% de cobertura. En virtud de esta póliza, se proporciona cobertura en exceso para los gastos médicos por accidente y los beneficios solo se pagarán con este plan después de que su seguro personal o grupal haya pagado los beneficios. El beneficio máximo para el tratamiento ambulatorio por parte del médico en relación con la fisioterapia o la manipulación espinal es de \$1,250 por lesión no quirúrgica para la cobertura adquirida por la escuela. El hecho de completar un formulario de reclamación no garantiza el pago de los beneficios. Cada reclamación se revisa conforme a las disposiciones de la póliza.

Pautas de reclamación: Se deben seguir las siguientes pautas de reclamación.

◆ Responda todas las preguntas de forma detallada (incluya también su firma en todos los espacios requeridos del anverso y reverso del formulario). Es necesario completar un formulario de reclamación por cada accidente.

◆ Si usted tiene otro seguro, presente su reclamación a su otra compañía de seguros. Cuando reciba la notificación de explicación de beneficios (se adjunta ejemplo) de su aseguradora principal, envíenosla junto con las facturas médicas de HCFA/UB04 correspondientes y el formulario de reclamación lleno por completo. Debe presentar las facturas médicas del proveedor; los resúmenes de saldo adeudado no se procesarán. Las facturas médicas deben incluir el código de procedimiento y diagnóstico, junto con el número de identificación federal del proveedor. Estas facturas incluyen:

- 1) HCFA-1500 (formulario estándar utilizado por los proveedores; ejemplo adjunto)
- 2) UB-04 o UB-92 (formulario estándar utilizado por los hospitales; ejemplo adjunto)
- 3) Formulario de reclamación dental de la Asociación Dental Americana (American Dental Association, ADA) y una carta del dentista que verifique que el diente lesionado era un diente entero, sano y natural. (Todas las facturas dentales deben enviarse primero mediante los planes médico y dental del seguro principal, antes de enviarse a WebTPA)

Sería útil si se proporcionara lo siguiente a todos los proveedores a los que acude la persona lesionada:

1. Información de contacto de WebTPA
2. Número de póliza que figura en el formulario de reclamación

De esta manera, los proveedores del servicio pueden trabajar directamente con la oficina de reclamaciones y proporcionar los formularios de facturación correctos (la factura detallada debe incluir el código de procedimiento y diagnóstico, y el número de identificación fiscal) necesarios para procesar una reclamación.

◆ Si ya pagó la factura médica, incluya un recibo de pago o una copia de su cheque cancelado cuando envíe la factura médica. De lo contrario, el pago se realizará a los proveedores del servicio (hospital, médico u otros).

◆ Envíe toda la correspondencia a WebTPA, Inc., **P.O. Box 2415 Grapevine, TX 76099-2415**. El formulario de reclamación se debe enviar en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que recibió atención médica por primera vez. Las facturas que no se presenten con el formulario de reclamación se deben enviar, en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que recibió atención médica, a la compañía identificada con el nombre del reclamante, el nombre de la organización o escuela, y la fecha del accidente.

◆ Si cambia su dirección, notifique a WebTPA, Inc. por medio de una notificación a WebTPA, para que no haya demoras al procesar las reclamaciones.

◆ Comuníquese con WebTPA, Inc. llamando al número **866-975-9468**, si desea comprobar el estado de su reclamación o si tiene preguntas sobre cómo se procesó su reclamación o se pagó el beneficio.

Causas comunes de las demoras en el procesamiento de reclamaciones

1. Formularios de reclamación no enviados o incompletos.
2. Resúmenes de saldo adeudado, saldo pendiente o vencimiento presentados en lugar de las facturas.
3. Explicación de beneficios de la compañía principal no proporcionada con las facturas.

CONSERVE EN SUS ARCHIVOS LAS COPIAS DE TODOS LOS FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN, LAS FACTURAS MÉDICAS Y LA CORRESPONDENCIA, HASTA QUE SE HAYA PROCESADO SU RECLAMACIÓN.

PLEASE DO NOT STAPLE IN THIS AREA

APPROVED OVERSICOR BOX

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

1 MEDICARE MEDICAID CHAMPUS CHAMPVA GROUP HEALTH PLAN (PLAN) OTHER 10 INSUREE'S ID NUMBER (FOR PROGRAMS OTHER THAN MEDICAID)

2 PATIENT'S NAME (Last, First, Middle Initial) SURNAME AT BIRTH

3 PATIENT'S BIRTH DATE MM - DD - YY SEX M F

4 INSUREE'S NAME (Last, First, Middle Initial) SURNAME AT BIRTH

5 PATIENT'S ADDRESS (No. Street) CITY STATE ZIP CODE

6 INSUREE'S RELATIONSHIP TO PATIENT Self Spouse Other

7 INSUREE'S ADDRESS (No. Street) CITY STATE ZIP CODE TELEPHONE (Include Area Code)

8 OTHER INSURED'S NAME (Last, First, Middle Initial) EMPLOYER'S NAME OR SCHOOL NAME

9 OTHER INSURED'S POLICY OR GROUP NUMBER

10 EMPLOYMENT EQUIPMENT OR PREVIOUS ALSO ACCIDENT? PLACE (State)

11 INSUREE'S DATE OF BIRTH MM - DD - YY SEX M F

12 EMPLOYER'S NAME OR SCHOOL NAME

13 INSUREE'S POLICY GROUP OR FILE NUMBER

14 IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN? YES NO

15 INUREE'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE (Include payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for services rendered below)

16 DATE (Month, Day, Year) MM - DD - YY

17 NAME OF REPRESENTING PHYSICIAN OR OTHER SOURCE

18 DATE (Month, Day, Year) MM - DD - YY

19 PHYSICIAN'S OR SUPPLIER'S SIGNATURE (Include payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for services rendered below)

20 OUTSIDE LAMP YES NO

21 DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY (RELATE ITEMS 1, 2, 3 OR 4 TO ITEM 24 BY LINE)

22 MEDICAL REASONING CODE ORIGINAL ASP NO

23 PRIOR AUTHORIZATION NUMBER

24 PROCEDURE, SERVICE OR SUPPLY (Specify unusual circumstances or modifier) DIAGNOSIS CODE CHARGES DAY (UNIT) PRICE UNIT PAID COB RESERVED FOR LOCAL USE

25 FEDERAL TAX ID NUMBER SSN EIN

26 PATIENT ACCOUNT NO

27 ACCOUNT ASSIGNMENT (YES/NO) (SEE CASE FILE INSTRUCTIONS)

28 TOTAL CHARGE \$

29 AMOUNT PAID \$

30 BALANCE DUE \$

31 SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER (Include degrees or credentials. If entity that the physician or the supplier work for list and are made a part thereof)

32 NAME AND ADDRESS OF FACILITY WHERE SERVICES WERE RENDERED (If other than name of office)

33 PHYSICIAN'S, SUPPLIER'S BILLING NAME, ADDRESS, ZIP CODE & PHONE #

34 DATE

35 SIGNATURE

APPROVED BY MAX COUNCIL ON MEDICAL SERVICE 9/93 PLEASE PRINT OR TYPE FORM HCFA 1500 (12-00) FORM 990-1000 FORM OVER 1500

UB-04

PAGE 01 OF 01

CREATION DATE 04/29/10

TOTALS

1 PATIENT NAME

2 PATIENT ADDRESS

3 PATIENT BIRTH DATE

4 PATIENT SEX

5 PATIENT RELATIONSHIP TO PATIENT

6 PATIENT CITY

7 PATIENT STATE

8 PATIENT ZIP CODE

9 PATIENT TELEPHONE

10 INSUREE NAME

11 INSUREE ADDRESS

12 INSUREE BIRTH DATE

13 INSUREE SEX

14 INSUREE RELATIONSHIP TO PATIENT

15 INSUREE CITY

16 INSUREE STATE

17 INSUREE ZIP CODE

18 INSUREE TELEPHONE

19 OTHER INSURED NAME

20 OTHER INSURED POLICY OR GROUP NUMBER

21 OTHER INSURED EMPLOYER'S NAME OR SCHOOL NAME

22 OTHER INSURED DATE OF BIRTH

23 OTHER INSURED SEX

24 OTHER INSURED POLICY GROUP OR FILE NUMBER

25 OTHER INSURED IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN?

26 OTHER INSURED SIGNATURE

27 OTHER INSURED DATE

28 OTHER INSURED NAME OF REPRESENTING PHYSICIAN OR OTHER SOURCE

29 OTHER INSURED DATE

30 OTHER INSURED PHYSICIAN'S OR SUPPLIER'S SIGNATURE

31 OTHER INSURED DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY

32 OTHER INSURED MEDICAL REASONING CODE

33 OTHER INSURED PRIOR AUTHORIZATION NUMBER

34 OTHER INSURED PROCEDURE, SERVICE OR SUPPLY

35 OTHER INSURED DIAGNOSIS CODE

36 OTHER INSURED CHARGES

37 OTHER INSURED DAY (UNIT) PRICE UNIT PAID COB RESERVED FOR LOCAL USE

38 OTHER INSURED FEDERAL TAX ID NUMBER

39 OTHER INSURED SSN EIN

40 OTHER INSURED PATIENT ACCOUNT NO

41 OTHER INSURED ACCOUNT ASSIGNMENT

42 OTHER INSURED TOTAL CHARGE

43 OTHER INSURED AMOUNT PAID

44 OTHER INSURED BALANCE DUE

45 OTHER INSURED SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER

46 OTHER INSURED NAME AND ADDRESS OF FACILITY

47 OTHER INSURED PHYSICIAN'S, SUPPLIER'S BILLING NAME, ADDRESS, ZIP CODE & PHONE #

48 OTHER INSURED DATE

49 OTHER INSURED SIGNATURE

EXPLICACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE EJEMPLO

UnitedHealthcare
A UnitedHealth Group Company

UNITEDHEALTHCARE SERVICE LLC
GREENSBORO SERVICE CENTER
P O BOX 740800
ATLANTA, GA 30374-0800
PHONE: 1-800-638-8010
VISIT WWW.MYUHC.COM FOR SELF SERVICE

PAGE: 1 OF 1
DATE: 04/29/10
SSN/ID #:
EMPLOYEE:
CONTRACT:
BENEFIT PLAN: PFIZER INC

EXPLANATION OF BENEFITS

PATIENT/RELAT CLAIM NUMBER	PROVIDER/SERVICE	DATE OF SERVICE	SERVICE DETAIL		AMOUNT ALLOWED	COPAY/ DEDUCTIBLE	PLAN COVERS	BENEFIT AVAILABLE	REMARK CODE	
			AMOUNT CHARGED	NOT COVERED						
9061512101	MEDICAL SERVICES	05/19/10					80%	64.94*	4C	
			TOTAL	379.00	297.83	81.17		64.94*		
				379.00	297.83	81.17				
								MEDICARE PAID	44.64	
								PLAN PAYS	20.30	

[*] INDICATES PAYMENT ASSIGNED TO PROVIDER

REMARK CODE(S) LISTED BELOW ARE REFERENCED IN THE "SERVICE DETAIL" SECTION UNDER THE HEADING "REMARK CODE"
(4C) THIS PLAN DETERMINES BENEFITS ONCE MEDICARE MAKES PAYMENT. IF MEDICARE PAYS LESS THAN THIS PLAN'S BENEFIT, THIS PLAN WILL CONSIDER THE DIFFERENCE. THIS PLAN'S ALLOWABLE BENEFITS ARE BASED ON THE MEDICARE APPROVED AMOUNT. IF THE PHYSICIAN OR PROVIDER ACCEPTED MEDICARE'S ASSIGNMENT OR ON THE LIMITING CHARGE IF THEY DID NOT ACCEPT THE ASSIGNMENT, THE PATIENT IS RESPONSIBLE FOR THE DIFFERENCE BETWEEN THE ALLOWABLE AMOUNT AND THE TOTAL AMOUNT PAID BY BOTH PLANS. THE PATIENT MUST PAY ANY APPLICABLE PLAN DEDUCTIBLES AND COPAYS BEFORE THIS PLAN CAN PAY ANY BENEFITS.

BENEFIT PLAN PAYMENT SUMMARY INFORMATION
\$20.30

SATISFIED 2010 TO-DATE	DEDUCTIBLE	OUT OF POCKET
FAMILY	\$1000.00	\$1328.77
SP	\$500.00	\$1281.45
PLAN YEAR 2010	FAMILY \$1000.00	FAMILY \$4000.00
	INDIV \$500.00	INDIV \$4000.00



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES

SE REQUIERE EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN FIRMADO

- 1. LLENE COMPLETAMENTE LA PÁGINA 1 Y LA PÁGINA 2 DE ESTE FORMULARIO
2. ADJUNTE LAS FACTURAS MÉDICAS DE HCFA/UB04 Y LAS EXPLICACIONES DE BENEFICIOS (EXPLANATION OF BENEFITS, EOB) DE CUALQUIER OTRO SEGURO QUE TENGA
3. ENVIE TODA LA CORRESPONDENCIA A:

WEB-TPA
P.O. Box 2415
Grapevine, TX 76099-2415

Número gratuito: 866-975-9468
Fax: 469-417-1969
Correo electrónico: benefit.assist@webtpa.com

AVISO IMPORTANTE:

Su plan de seguro está diseñado para proporcionar los máximos beneficios por una prima mínima. Este plan de seguro es secundario a cualquier seguro médico que tenga. Si usted tiene otro seguro, presente su reclamación (médica o dental) a su otra compañía de seguros. Cuando reciba su Declaración de beneficios, envíenlo junto con sus HCFA/UB04 (facturas médicas), el diagnóstico y este formulario completado. Nota: Los beneficios de la póliza de accidentes son limitados y es posible que no proporcionen el 100% de cobertura.

<SI LA PARTE 1-A Y LA PARTE 1-B NO SE LLENAN POR COMPLETO, ESTA RECLAMACIÓN NO SE PODRÁ PROCESAR Y SE DEVOLVERÁ >

PARTE 1-A: LA ORGANIZACIÓN/ESCUELA LA DEBE LLENAR POR COMPLETO

Nombre de la organización/del distrito escolar Número de póliza
Nombre de la escuela N.º de teléfono ()
Dirección Correo electrónico
Tipo de actividad/deporte

Si es Atletismo, nombre Clase de educación física Interno Intercolegial Juego Equipo universitario júnior Equipo universitario
Joven Adulto Práctica Otro

Nombre de la persona/el estudiante lesionado
Fecha del accidente Hora del accidente
Fecha del primer tratamiento Se ha completado el tratamiento? Sí No
Dónde y cómo ocurrió el accidente? (sea específico)

Parte del cuerpo lesionada Derecha o Izquierda En el momento del accidente, estaba el reclamante involucrado en una actividad patrocinada y supervisada, y era un estudiante/miembro actual de la organización/el distrito escolar? Sí No

Bajo la supervisión de quién? Fue testigo? Sí No
Firma autorizada Título Fecha

(DEBE ESTAR FIRMADO POR UN FUNCIONARIO DE LA ORGANIZACIÓN/ESCUELA, A MENOS QUE LA LESIÓN NO SE HAYA PRODUCIDO DURANTE UNA ACTIVIDAD DE LA ORGANIZACIÓN/ESCUELA. LA FIRMA ES OBLIGATORIA.)

PARTE 1-B: LO DEBE LLENAR POR COMPLETO EL RECLAMANTE; O SU MADRE/PADRE/TUTOR LEGAL SI EL RECLAMANTE ES MENOR DE EDAD

Nombre legal de la parte/el estudiante lesionado Nombre preferido/apodo:
Fecha de nacimiento Edad Grado escolar Masculino Femenino
Dirección de la persona lesionada o su madre/padre/tutor legal

N.º de teléfono () Dirección de correo electrónico
Si la parte lesionada es mayor de 18 años: Nombre y dirección del empleador

N.º de teléfono () Autónomo Desempleado
Nombre del padre/tutor legal
Nombre y dirección del empleador N.º de teléfono ()
Autónomo Desempleado

CONTINÚE CON LA PRÓXIMA PÁGINA DEL FORMULARIO QUE SE DEBE LLENAR POR COMPLETO

Nombre de la madre/tutora legal _____

Nombre y dirección del empleador _____ N.º de teléfono () _____

 Autónomo Desempleado

Si la lesión es dental, envíe la verificación del dentista que indique que el diente o los dientes están enteros, sanos y son naturales.

El reclamante está cubierto por alguna otra póliza de seguro médico y/o dental? Sí No

El reclamante está cubierto por un seguro patrocinado por el gobierno como Medicare/Medicaid? Sí No

Nombre de todas las compañías que le proporcionan al reclamante cobertura de seguro o planes médicos prepagos

Nombre de la compañía	Dirección	Póliza N.º
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Los beneficios están sujetos a esta reclamación según estas otras coberturas de seguro? Sí No **(Consulte el AVISO IMPORTANTE en la parte superior del formulario en la página 1)**

Su hijo o hija tiene cobertura de seguro médico como dependiente elegible de un matrimonio anterior según lo ordenado en un decreto de divorcio? Sí No Si respondió que sí, proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono de la parte responsable _____

DECLARACIÓN JURADA: Verifico que la declaración anterior sobre el otro seguro es exacta y completa. Comprendo que el hecho de proporcionar intencionalmente información incorrecta a través del correo estadounidense puede ser fraudulento y puede infringir las leyes federales y estatales. Acepto que de determinarse en una fecha posterior que existen otros beneficios de seguro que podrían indemnizarse en esta reclamación, reembolsaré a Gerber Life Insurance Company en la medida en que esta no fuera responsable por los mismos.

Firma: Persona lesionada, padre, madre o tutor legal _____ Fecha: _____

LA FIRMA ES OBLIGATORIA

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Por medio del presente, autorizo a cualquier empleado, plan médico, compañía de seguros, hospital, médico, profesional de atención médica, clínica, laboratorio, farmacia, instalación médica u otra persona que haya proporcionado tratamiento, pago o servicios en relación con esta reclamación, a divulgar, cuando se lo soliciten, toda la información relativa a las lesiones, coberturas de póliza, historiales médicos, consultas, recetas o tratamientos, y las copias de todos los registros hospitalarios o médicos, y las facturas detalladas a WebTPA, Inc. y Gerber Life Insurance Company, sus agentes, empleados y representantes.

Por medio del presente, autorizo a WebTPA, Inc. a debatir toda la información relacionada con los gastos médicos en los que se incurra o los tratamientos proporcionados en relación con esta reclamación, con los representantes de Special Markets Insurance Consultants, Inc. y sus agentes asignados, y con los funcionarios de la escuela u organización a través de la cual se emita esta póliza. Una fotocopia estática de esta autorización se considerará igual de eficaz y válida que la original.

Firma: Persona lesionada, padre, madre o tutor legal _____ Fecha: _____

DECLARACIONES DE AVISO DE FRAUDE

AVISO PARA LOS SOLICITANTES: "TODA PERSONA QUE, CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO O DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTENGA INFORMACIÓN MANIFIESTAMENTE FALSA O QUE OCULTE, CON LA FINALIDAD DE INDUCIR A ERROR, INFORMACIÓN CONCERNIENTE A CUALQUIER HECHO QUE RESULTE IMPORTANTE PARA ESTE, COMETE UN ACTO DE FRAUDE DE SEGURO, LO QUE CONSTITUYE UN DELITO Y PUEDE DEJAR A TAL PERSONA SUJETA A SANCIONES PENALES O CIVILES".

RESIDENTES DE ALABAMA: TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O UN BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS DE RESARCIMIENTO, ENCARCELAMIENTO O UNA COMBINACIÓN DE AMBAS SANCIONES".

SOLICITANTES RESIDENTES DE ALASKA: "UNA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA, COMPLETE UNA RECLAMACIÓN QUE CONTENGA INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR PODRÍA SER PROCESADA JUDICIALMENTE POR DELITO CONFORME A LA LEY ESTATAL".

SOLICITANTES RESIDENTES DE ARKANSAS: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA INFORMACIÓN FALSA EN EL MARCO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE ARIZONA: PARA SU PROTECCIÓN, LA LEY DE ARIZONA REQUIERE QUE LA SIGUIENTE DECLARACIÓN APAREZCA EN ESTE FORMULARIO. TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA ESTARÁ SUJETA A MULTAS PENALES Y CIVILES".

RESIDENTES DE CALIFORNIA: "PARA SU PROTECCIÓN, LA LEY DE CALIFORNIA REQUIERE QUE EN ESTE FORMULARIO APAREZCA LO SIGUIENTE: TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO POR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO EN UNA PRISIÓN ESTATAL".

SOLICITANTES RESIDENTES DE COLORADO: "ES ILEGAL PROPORCIONAR HECHOS O INFORMACIÓN FALSOS, INCOMPLETOS O QUE INDUZCAN A ERROR, CON PLENO CONOCIMIENTO, A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑARLA O INTENTAR HACERLO. LAS PENALIDADES INCLUYEN PRISIÓN, MULTAS, DENEGACIÓN DEL SEGURO Y DAÑOS CIVILES. TODA COMPAÑÍA DE SEGUROS O AGENTE DE UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PROPORCIONE HECHOS O INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR A UN TITULAR DE UNA PÓLIZA O DE UNA RECLAMACIÓN CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR O INTENTAR ENGAÑAR A TAL TITULAR DE LA PÓLIZA O DE UNA RECLAMACIÓN CON RESPECTO A UN ACUERDO ENTRE PARTES O SUBSIDIO A PAGAR COMO RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS DE LA ASEGURADORA, SERÁ DENUNCIADO A LA DIVISIÓN DE SEGUROS DEL DEPARTAMENTO DE ORGANISMOS REGULATORIOS DE COLORADO".

RESIDENTES DE DELAWARE: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTENGA INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE".

SOLICITANTES RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA: "ADVERTENCIA: PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O QUE INDUZCA A ERROR A UNA ASEGURADORA CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR A TAL ASEGURADORA O A CUALQUIER OTRA PERSONA CONSTITUYE UN DELITO. LAS PENALIDADES INCLUYEN PRISIÓN O MULTAS. ADEMÁS, LAS ASEGURADORAS PUEDEN NEGARSE A PAGAR BENEFICIOS DE SEGUROS SI EL SOLICITANTE PROPORCIONÓ INFORMACIÓN FALSA QUE SE RELACIONA SUSTANTIVAMENTE CON UNA RECLAMACIÓN".

SOLICITANTES RESIDENTES DE FLORIDA: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO E INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A UNA ASEGURADORA PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN O UNA SOLICITUD QUE CONTENGA INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE EN TERCER GRADO".

RESIDENTES DE IDAHO: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTENGA INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE".

RESIDENTES DE INDIANA: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UNA ASEGURADORA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTENGA INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE".

SOLICITANTES RESIDENTES DE KANSAS: "TODA PERSONA QUE, CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, HAGA QUE SE PRESENTE O SE PREPARE CON CONOCIMIENTO UNA PRESENTACIÓN PARA O POR PARTE DE UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS, UNA PRESUNTA COMPAÑÍA DE SEGUROS, UN CORREDOR O AGENTE DE ESTA, UNA DECLARACIÓN ESCRITA COMO PARTE O COMPLEMENTO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, O UNA CALIFICACIÓN DE UNA PÓLIZA DE SEGURO, O UNA RECLAMACIÓN DE PAGO U OTRO BENEFICIO EN VIRTUD DE UNA PÓLIZA DE SEGURO QUE DICHA PERSONA SEPA QUE CONTIENE INFORMACIÓN MANIFIESTAMENTE FALSA SOBRE CUALQUIER HECHO DE IMPORTANCIA O QUE OCULTE, CON LA FINALIDAD DE INDUCIR A ERROR, INFORMACIÓN CONCERNIENTE A CUALQUIER HECHO QUE RESULTE IMPORTANTE PARA ESTE, COMETE UN ACTO DE FRAUDE DE SEGURO, LO QUE CONSTITUYE UN DELITO Y PUEDE DEJAR A TAL PERSONA SUJETA A SANCIONES PENALES O CIVILES".

SOLICITANTES RESIDENTES DE KENTUCKY: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTENGA CUALQUIER INFORMACIÓN 'MANIFIESTAMENTE' FALSA, O QUE OCULTE CON EL FIN DE INDUCIR A ERROR, CUALQUIER INFORMACIÓN RELATIVA A UN HECHO QUE RESULTE DE IMPORTANCIA PARA ESTE, COMETE UN ACTO DE FRAUDE DE SEGURO, LO CUAL CONSTITUYE UN DELITO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE LUISIANA: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTA INFORMACIÓN FALSA EN EL MARCO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE MAINE: "PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE DEFRAUDARLA CONSTITUYE UN DELITO. LAS PENALIDADES INCLUYEN ENCARCELAMIENTO, MULTAS O DENEGACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE MARYLAND: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO O VOLUNTAD PRESENTE UNA RECLAMACIÓN DE PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO QUE SEA FALSA O FRAUDULENTO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO O VOLUNTAD PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN EL MARCO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE MINNESOTA: "TODA PERSONA QUE ENVÍE UNA SOLICITUD O PRESENTE UNA RECLAMACIÓN CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O SABIENDO QUE FACILITA UN FRAUDE CONTRA UNA ASEGURADORA, ES CULPABLE DE UN DELITO".

RESIDENTES DE NEW HAMPSHIRE: "TODA PERSONA QUE CON LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR QUEDARÁ SUJETA A ACUSACIÓN Y SANCIÓN POR FRAUDE DE SEGURO, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA SECCIÓN RSA 638.20".

SOLICITANTES RESIDENTES DE NUEVA JERSEY: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR QUEDARÁ SUJETA A SANCIONES PENALES Y CIVILES".

SOLICITANTES RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A SANCIONES CIVILES Y PENALES".

SOLICITANTES RESIDENTES DE NUEVA YORK: "TODA PERSONA QUE, CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO O DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN MANIFIESTAMENTE FALSA O QUE OCULTE, CON LA FINALIDAD DE INDUCIR A ERROR, INFORMACIÓN CONCERNIENTE A CUALQUIER HECHO QUE RESULTE IMPORTANTE PARA EL MISMO, COMETE UN ACTO DE FRAUDE DES SEGURO, LO QUE CONSTITUYE UN DELITO Y DEJA A TAL PERSONA SUJETA A UNA PENALIDAD CIVIL MÁXIMA DE CINCO MIL DÓLARES MÁS EL VALOR DECLARADO DE LA RECLAMACIÓN POR CADA INFRACCIÓN".

SOLICITANTES RESIDENTES DE OHIO: "TODA PERSONA QUE, CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR O SABIENDO QUE PERMITE UN FRAUDE CONTRA UNA ASEGURADORA, PRESENTE UNA SOLICITUD O UNA RECLAMACIÓN QUE CONTenga DECLARACIONES FALSAS O ENGAÑOSAS, SERÁ CULPABLE DE FRAUDE DE SEGURO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE OKLAHOMA: "ADVERTENCIA: TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO Y LA INTENCIÓN DE PERJUDICAR, ESTAFAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA PRESENTE UNA RECLAMACIÓN POR LOS PROCEDIMIENTOS DE UNA PÓLIZA DE SEGURO QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O QUE INDUZCA A ERROR ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE".

SOLICITANTES RESIDENTES DE OREGÓN: "TODA PERSONA QUE, CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O SOLICITAR A OTRO QUE DEFRAUDE A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS, (1) ENVÍE UNA SOLICITUD O (2) PRESENTE UNA RECLAMACIÓN QUE CONTenga UNA DECLARACIÓN FALSA SOBRE CUALQUIER HECHO DE IMPORTANCIA, PUEDE ESTAR VIOLANDO UNA LEY ESTATAL".

SOLICITANTES RESIDENTES DE PENNSILVANIA: "TODA PERSONA QUE, CON PLENO CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO O DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN MANIFIESTAMENTE FALSA O QUE OCULTE, CON LA FINALIDAD DE INDUCIR A ERROR, INFORMACIÓN CONCERNIENTE A CUALQUIER HECHO QUE RESULTE IMPORTANTE PARA EL MISMO, COMETE UN ACTO DE FRAUDE DE SEGURO, LO QUE CONSTITUYE UN DELITO Y DEJA A TAL PERSONA SUJETA A SANCIONES PENALES O CIVILES".

RESIDENTES DE RHODE ISLAND: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO POR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN EL MARCO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE TENNESSEE: "PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE DEFRAUDARLA CONSTITUYE UN DELITO. LAS PENALIDADES INCLUYEN EL ENCARCELAMIENTO, MULTAS Y LA NEGATIVA DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE TEXAS: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO POR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO EN UNA PRISIÓN ESTATAL".

SOLICITANTES RESIDENTES DE VERMONT: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA DECLARACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO PUEDE SER CULPABLE DE UN DELITO CRIMINAL Y ESTAR SUJETA A PENALIDADES EN VIRTUD DE LA LEY ESTATAL".

SOLICITANTES RESIDENTES DE VIRGINIA: "PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE DEFRAUDARLA CONSTITUYE UN DELITO. LAS PENALIDADES PUEDEN INCLUIR ENCARCELAMIENTO, MULTAS Y LA NEGATIVA DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE WASHINGTON: "PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA, CON PLENO CONOCIMIENTO, A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑARLA, CONSTITUYE UN DELITO. LAS PENALIDADES INCLUYEN ENCARCELAMIENTO, MULTAS Y LA NEGATIVA DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO".

SOLICITANTES RESIDENTES DE VIRGINIA DEL OESTE: "TODA PERSONA QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO POR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE CON PLENO CONOCIMIENTO PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN EL MARCO DE UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO".