

**Cobertura del seguro de accidentes para estudiantes**  
*2022-23* Año escolar

Nuestro distrito escolar proporcionará a todos los estudiantes matriculados (Pre-K a 12 ° Grado) una póliza de seguro de accidentes estudiantiles en exceso a través de Gerber Life Insurance Company. El seguro de accidentes para estudiantes proporciona cobertura durante las horas y días en que la escuela está en sesión, mientras participa en actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela. La cobertura incluye la participación en deportes interescolares; incluyendo fútbol, clases de educación religiosa, excursiones de un día y excursiones de una noche \* (no más de 7 noches consecutivas). Esto incluye viajar directamente (ininterrumpidamente) hacia y desde una actividad programada regularmente con otros miembros como grupo. El viaje debe ser supervisado por una persona autorizada por la escuela.

**Horario de beneficios:**

**Beneficio máximo \$ 25,000**

**Deducible \$ 250**

**Coseguro Ninguno**

**paciente interno**

Habitación y comida:	100% de los cargos usuales y habituales
cuidados intensivos:	100% de los cargos usuales y habituales
hospital misceláneo:	100% de los cargos usuales y habituales
Cirugía:	100% de los cargos usuales y habituales en base a los datos proporcionados por ingenix, en el percentil 80
Cirujano asistente:	100% de los cargos usuales y habituales
Anestesista:	100% de los cargos usuales y habituales
enfermera registrada:	100% de los cargos usuales y habituales
visitas del medico:	100% de los cargos usuales y habituales

**paciente externo**

Cirugía:	100% de los cargos usuales y habituales en base a los datos proporcionados por ingenix, en el percentil 80
cirugía diurna varios	100% de los cargos usuales y habituales (los cargos usuales y habituales para la cirugía diaria se basan en el índice de cargo de la instalación quirúrgica para pacientes ambulatorios)
Cirujano asistente:	100% de los cargos usuales y habituales
Anestesista:	100% de los cargos usuales y habituales
beneficio misceláneo para pacientes ambulatorios:	100% de los cargos usuales y habituales
visitas del medico:	100% de los cargos usuales y habituales
fisioterapia:	100% de los cargos usuales y habituales
Emergencia médica:	100% de los cargos usuales y habituales

radiografías de diagnóstico: 100% de los cargos usuales y habituales  
laboratorio: 100% de los cargos usuales y habituales  
pruebas y procedimientos: 100% de los cargos usuales y habituales

**Otro**

Ambulancia: 100% de los cargos usuales y habituales  
Equipo médico duradero: 100% de los cargos usuales y habituales  
Dental: (beneficios pagados por lesiones a dientes sanos y naturales solamente) 100% de los cargos usuales y habituales

Reemplazo de anteojos, audífonos o lentes de contacto dañados durante una lesión cubierta, si también se recibe tratamiento médico por la lesión cubierta.

100% de los cargos usuales y habituales

*Esto es lo más destacado de los beneficios y los pagos de reclamaciones están sujetos al plazo de la póliza.*

**Cómo se pagan los beneficios  
(Exceso de cobertura)**

**Exceso de cobertura.** Si una lesión a la persona asegurada resulta en incurrir en gastos médicos cubiertos por cualquiera de los servicios especificados en el cronograma de beneficios, la compañía pagará los gastos médicos cubiertos incurridos sujeto al monto del deducible y porcentaje de coseguro (si corresponde), que están en exceso de gastos médicos cubiertos pagaderos por otro seguro válido y cobrable.

Los gastos médicos cubiertos excluyen los montos no cubiertos por el portador principal debido a las penalizaciones impuestas al asegurado por no cumplir con las disposiciones o requisitos de la póliza.

**Aviso de reclamo**

Se debe entregar un aviso por escrito de la reclamación a la compañía dentro de los 90 días posteriores a la ocurrencia o al comienzo de cualquier pérdida cubierta por esta política, o tan pronto como sea razonablemente posible. El aviso dado por o en nombre del asegurado nombrado a la compañía, con información suficiente para identificar al asegurado nombrado se considerará aviso a la compañía. Se debe presentar un comprobante de pérdida por escrito a la compañía en dicha oficina dentro de los 90 días posteriores a la fecha de dicha pérdida. El tratamiento debe comenzar 180 días después de la fecha de la lesión y se recibió dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de la lesión.

**En caso de accidente, los estudiantes deben:**

1. Asegure el tratamiento en la instalación médica más cercana de su elección.
2. Obtenga un recibo (si se hicieron pagos) y una copia detallada de los cargos del proveedor de servicios médicos y envíe copias de sus facturas detalladas, explicación de beneficios del seguro primario y el formulario de reclamo de accidente completamente completado y firmado a los reclamos office-mail toda la correspondencia a WEB\_TPA, PO Box 2415, Grapevine, TX 76099-2415.
3. Llame al 1-866-975-9468, Política # 28-3767-18 con cualquier pregunta sobre reclamos.

## **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, en la mayoría de los casos, los beneficios solo se pagarán con este plan después de que su seguro personal o grupal haya pagado los beneficios. 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.**

♦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. Nombre de la organización/escuela que figura en el formulario de reclamación
3. 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.**

HCFA 1500 DE EJEMPLO

UB-04 DE EJEMPLO

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

1. PATIENT INFORMATION

2. PROVIDER INFORMATION

3. INSURANCE INFORMATION

4. SERVICE INFORMATION

5. PATIENT INFORMATION

6. OTHER INFORMATION

7. SIGNATURES

PLEASE PRINT OR TYPE

UB-04 DE EJEMPLO

1. PATIENT INFORMATION

2. PROVIDER INFORMATION

3. INSURANCE INFORMATION

4. SERVICE INFORMATION

5. PATIENT INFORMATION

6. OTHER INFORMATION

7. SIGNATURES

PLEASE PRINT OR TYPE

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DENTAL DE LA ADA DE EJEMPLO

EXPLICACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE EJEMPLO

American Dental Association Dental Claim Form

1. PATIENT INFORMATION

2. PROVIDER INFORMATION

3. INSURANCE INFORMATION

4. SERVICE INFORMATION

5. PATIENT INFORMATION

6. OTHER INFORMATION

7. SIGNATURES

PLEASE PRINT OR TYPE

UnitedHealthcare

UNITEDHEALTHCARE SERVICE LLC  
GREENSBORO SERVICE CENTER  
P O BOX 746800  
ATLANTA, GA 30374-0300  
PHONE: 1-800-838-8010  
VISIT WWW.UHC.COM FOR SELF SERVICE

PAGE: 1 OF 1  
DATE: 01-20-11  
SSN/ID #: [REDACTED]  
EMPLOYEE: [REDACTED]  
BENEFIT PLAN: MERZ INC

**EXPLANATION OF BENEFITS**

PATIENT/RELAT. CLAIM NUMBER	PROVIDER/SERVICE	DATE OF SERVICE	SERVICE DETAIL		AMOUNT ALLOWED	COPAY/DEDUCTIBLE	PLAN COVERS AVAILABLE	BENEFIT	REMARK CODE
			AMOUNT CHARGED	NOT COVERED					
90612121	MEDICAL SERVICES	01/19/10	373.00	297.83	81.17		60%	64.94	AC
	TOTAL		373.00	297.83				44.64	
								00.00	

1-3 INDICATES PAYMENT ASSIGNED TO PROVIDER

REMARK CODES LISTED BELOW ARE REFERENCED IN THE "SERVICE DETAIL" SECTION UNDER THE HEADING "REMARK CODE"

THIS PLAN WILL CONSIDER THE DIFFERENCE. THIS PLAN'S CO-PAID BENEFITS ARE BASED ON THE MEDICARE APPROVED AMOUNT IF THE PHYSICIAN OR PROVIDER ACCEPTS MEDICARE'S ASSIGNMENT OR ON THE LIMITING CHARGE IF "NO BID" ACCEPTED ASSIGNMENT. THE PATIENT IS RESPONSIBLE FOR THE DIFFERENCE BETWEEN THE "CO-PAID AMOUNT" AND THE "TOTAL AMOUNT" PAID BY BOTH PLANS. THE PATIENT MUST PAY ANY APPLICABLE PLAN DEDUCTIBLES AND CO-PAYS BEFORE THIS PLAN CAN PAY ANY BENEFITS.

**BENEFIT PLAN PAYMENT SUMMARY INFORMATION**

SATISFIED DATE TO DATE	DEDUCTIBLE	COST OF SERVICE
FAMILY	\$1000.00	\$1221.43
INDIV	\$500.00	\$610.71

PLAN YEAR 2010

PLAN YEAR	FAMILY	INDIV	FAMILY	INDIV
2010	\$1000.00	\$500.00	\$1000.00	\$500.00



Gerber Life  
Insurance Company

## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN 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. ENVÍE 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:

En la mayoría de los casos, 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, envíenoslo 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/el distrito escolar/la universidad Nevada Public Agency Insurance Pool Número de póliza 28-5194-22

Nombre de la escuela/el equipo/la liga \_\_\_\_\_ N.º de teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tipo de actividad/deporte \_\_\_\_\_

Si es Atletismo, nombre  Clase de educación física  Interno  Intercolegial  Interuniversitario  Juego  Equipo universitario junior  
 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

El reclamante es un  Estudiante  Jugador  Entrenador  Funcionario/árbitro  Voluntario  Cuidado infantil  Participante  Estudiante universitario (n.º de créditos \_\_\_\_\_)

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 FRAUDULENTE 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 FRAUDULENTE 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 FRAUDULENTE 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 FRAUDULENTE 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 FRAUDULENTE 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 FRAUDULENTE, 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 SABRIENDO 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 FRAUDULENTE 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 SABRIENDO 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 PENSILVANIA:** "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 FRAUDULENTE 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 FRAUDULENTE 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 FRAUDULENTE 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".