



NOTA: Todas las porciones de este paquete de formularios deben completarse para evitar retrasos indebidos en el procesamiento de la solicitud de beneficios del reclamante.

AVISO DE RECLAMACIÓN - Instrucciones para el empleador

Aproximadamente de 6 a 8 semanas antes del final del período de eliminación:

- A. complete el Informe de la reclamación del empleador en su totalidad;
- B. entregue el formulario de reclamación al reclamante para que lo complete; y
- C. solicite una copia de las resoluciones de otras fuentes de beneficios: Seguro Social, compensación por accidente laboral, jubilación, discapacidad del estado y otros.

Cuando el reclamante le devuelva el formulario:

- A. Adjunte:
 - Descripción del trabajo (deberes detallados)
 - Constancia de inscripción (solo para la cobertura contributiva)
 - Documentación de ingresos si no fuera salario directo
 - Si se presentó una reclamación de compensación por accidente de trabajo, incluya una copia del primer informe de accidente y la decisión
- B. Devuélvalo, junto con todos los anexos, a la Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) en la dirección indicada arriba.

**SOLICITUD DE BENEFICIO POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD) -
Instrucciones para el empleado**

- A. Complete la declaración de reclamación de empleados en su totalidad y asegúrese de firmar la autorización. Esto permitirá que BCBSOK o su representante obtengan información adicional si es necesario para tomar una decisión sobre su reclamación.
- B. Entregue este formulario al médico que lo trata. (Si le está tratando más de un médico, pídale formularios adicionales a su empleador.)

Cuando el médico le devuelva el formulario:

- A. adjunte una copia de las resoluciones del seguro social y otros derechos de ingreso; y
- B. regréselo a su empleador.

Autorización de transferencia electrónica de fondos (EFT)

Si usted es elegible para beneficios mensuales y desea recibir beneficios a través de depósito directo, complete el formulario adjunto y regréselo como se indica.

**SOLICITUD DE BENEFICIO POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD) -
Instrucciones para el médico**

Tan pronto como el reclamante le entregue este formulario:

- A. complete la declaración del médico tratante en la página 4 del formulario en su totalidad; asegúrese de responder a cada pregunta. Si la respuesta es ninguna o si la pregunta no es aplicable, indíquelo.
- B. tan pronto como haya completado el formulario en su totalidad, fírmelo, coloque la fecha y regréselo al reclamante. Nuestra revisión oportuna de esta reclamación por beneficios por incapacidad depende de usted. Gracias por su pronta respuesta.

CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO O DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN SUSTANCIALMENTE FALSA O QUE OCULTE, CON EL PROPÓSITO DE INDUCIR A ERROR, LA INFORMACIÓN RELATIVA A UN HECHO SUSTANCIAL RELATIVO AL MISMO, COMETE UN ACTO DE FRAUDE DE SEGUROS, QUE CONSTITUYE UN DELITO, Y DICHA PERSONA QUEDA SUJETA A SANCIONES PENALES Y CIVILES.

(No aplicable en Oregon o Virginia.)



RECLAMANTE	1. Nombre (Apellido) (Nombre) (Inicial 2° nombre)			2. N.º del Seguro Social		3. Fecha de nacimiento		
	4. Dirección			Ciudad		Estado		Código postal
EMPLEO	5. Clase de seguro		6. Fecha de contratación del empleado		7. Fecha en la que el empleado quedó asegurado contra LTD		8. Última fecha en la que el empleado estuvo presente en el trabajo	
	9. Ocupación al último día trabajado (adjunte descripción de tareas)				10. Horario de trabajo el último día trabajado (adjunte descripción de tareas) Núm. de días por semana ____ Núm. de horas por día ____			
	11. Motivo del cese: Fecha _____ <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> LOA concedida <input type="checkbox"/> Despido por recorte <input type="checkbox"/> Renuncia <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Despido con causa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Vacaciones			12. ¿Ha vuelto a trabajar el empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió sí: <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> A tiempo completo Fecha _____ Fecha _____				
	13. Cómo se paga al empleado: <input type="checkbox"/> Salario directo <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Solo comisiones <input type="checkbox"/> Salario y comisión <input type="checkbox"/> Salario y bonificación				14. Ingreso mensual básico del empleado \$ _____ Beneficio LTD _____			
INGRESO	¿Contribuye el empleado a cubrir el costo de este seguro LTD: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "sí": <input type="checkbox"/> Pre-imp. <input type="checkbox"/> Post-imp. Si respondió «post-imp.»: ____% dólares de prima pagado por el empleador, ____% pagado por el reclamante. Vea la publicación del IRS 15-Guía de impuestos suplementarios del empleador, sección 6, cómo informar la remuneración por enfermedad y/o Determinación sobre Ingresos 2004-55 de IRS para más información sobre el cálculo del porcentaje gravable.							
	16. ¿Ha recibido el asegurado otros pagos por incapacidad desde el último momento trabajado? Continuidad del salario: Incapacidad a corto plazo: Licencia por enfermedad: <input type="checkbox"/> Sí Monto sem. \$ <input type="checkbox"/> Sí Monto sem. \$ <input type="checkbox"/> Sí Monto sem. \$ <input type="checkbox"/> No Fecha de cese de beneficios <input type="checkbox"/> No Fecha de cese de beneficios <input type="checkbox"/> No Fecha de cese de beneficios							
	17. ¿El reclamo fue resultado de la relación laboral?: <input type="checkbox"/> Sí Explicar <input type="checkbox"/> No		18. ¿Se ha presentado reclamación de compensación por accidente laboral?: <input type="checkbox"/> Sí (incluya la copia del 1er informe del accidente) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> Negada (incluya la copia de la negación)			19. Compensación por accidente laboral Monto semanal: \$		
JUBILACIÓN	20. ¿Está el empleado cubierto por el plan de jubilación patrocinado por el empleador?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			21. ¿El plan de jubilación contiene una provisión por incapacidad?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	22. ¿El empleado es o será elegible para una pensión por incapacidad o jubilación?: <input type="checkbox"/> Sí Si respondió <input type="checkbox"/> Incapacidad Monto mensual \$ _____ (Incluya una copia de la descripción resumida del plan) <input type="checkbox"/> No Sí: <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Otro _____ Fecha de inicio de los beneficios _____							
NOTA: Si alguna parte de este beneficio de pensión es atribuible a la contribución del empleado, proporcione los detalles, incluido el porcentaje de su aporte a la contribución total.								
CERTIFICACIÓN	23. Nombre del empleador (asociación y tenedor de la póliza, si es otro)			24. Teléfono		25. N.º de póliza grupal		
	26. Dirección			Ciudad		Estado		Código postal
	27. N.º de identificación del empleador (contribuyente) (EIN) _____				29. Nombre de la persona que completa este formulario (letra imprenta)			
	28. Seguro Social del empleador público N.º 69 _____							
30. Firma del representante de seguro autorizado			Cargo		Fecha			



BlueCross BlueShield of Oklahoma Declaración del empleado relativa a la reclamación

A ser completado por el empleado

RECLAMANTE	1. Nombre (Apellido) (Nombre) (Inicial 2° nombre)			2. Nombre de soltera		3. Apodo		4. N.º del Seguro Social																																																																																	
	5. Número de teléfono		6. Fecha de nacimiento		7. Altura pies - pulg.		8. Peso libras		9. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino																																																																																
	10. Dirección		11. Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado		12. Fecha de nacimiento del cónyuge Nombre de pila _____		13. ¿Está el cónyuge empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																																																																		
	Ciudad Estado Código postal			14. Número de hijos (menores de 19 años)			15. Indique nombres y fechas de nac. de hijos solteros en escuela secundaria																																																																																		
EMPLEO	16. Nombre del empleador						17. N.º de póliza grupal																																																																																		
	18. Ocupación (indique las tareas correspondientes a su ocupación al momento de la incapacidad)																																																																																								
	19. Fecha del accidente o primeros síntomas de enfermedad			20. No puedo trabajar por la incapacidad desde			21. Regresé a trabajar a tiempo parcial el		22. Regresé a trabajar a tiempo completo el																																																																																
	23. ¿Están su accidente o enfermedad relacionados con su ocupación?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique _____					24. ¿Ha presentado o planea presentar una reclamación de compensación por accidente laboral?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																																																																			
HISTORIAL DE LA RECLAMACIÓN	26. Fecha en que fue tratado por primera vez por la enfermedad/lesión			27. Tratado por Hospital _____ Nombre _____ Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Médico _____ Nombre _____ Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____																																																																																					
	28. ¿Ha tenido anteriormente la misma afección o una similar?			29. Tratado por Hospital _____ Nombre _____ Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Médico _____ Nombre _____ Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____																																																																																					
	30. Describa otros ingresos que esté recibiendo																																																																																								
	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;"></th> </tr> <tr> <th><input type="checkbox"/> Sí</th> <th><input type="checkbox"/> No</th> <th></th> <th></th> <th>Monto</th> <th>Fecha de inicio</th> <th colspan="4">Térm.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Seguro Social (incapacidad o jubilación)</td> <td></td> <td>\$ _____</td> <td>_____</td> <td colspan="4">_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Incapacidad del estado</td> <td></td> <td>\$ _____</td> <td>_____</td> <td colspan="4">_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Jubilación (normal, anticipada o incapacidad)</td> <td></td> <td>\$ _____</td> <td>_____</td> <td colspan="4">_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Compensación por accidente laboral</td> <td></td> <td>\$ _____</td> <td>_____</td> <td colspan="4">_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Beneficios por incapacidad grupal</td> <td></td> <td>\$ _____</td> <td>_____</td> <td colspan="4">_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Otros (describa)</td> <td></td> <td>\$ _____</td> <td>_____</td> <td colspan="4">_____</td> </tr> </tbody> </table>																				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			Monto	Fecha de inicio	Térm.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro Social (incapacidad o jubilación)		\$ _____	_____	_____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incapacidad del estado		\$ _____	_____	_____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jubilación (normal, anticipada o incapacidad)		\$ _____	_____	_____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compensación por accidente laboral		\$ _____	_____	_____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beneficios por incapacidad grupal		\$ _____	_____	_____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros (describa)		\$ _____	_____	_____		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			Monto	Fecha de inicio	Térm.																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro Social (incapacidad o jubilación)		\$ _____	_____	_____																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incapacidad del estado		\$ _____	_____	_____																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jubilación (normal, anticipada o incapacidad)		\$ _____	_____	_____																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compensación por accidente laboral		\$ _____	_____	_____																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beneficios por incapacidad grupal		\$ _____	_____	_____																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros (describa)		\$ _____	_____	_____																																																																																			
OTROS INGRESOS	31. ¿Ha solicitado o planea solicitar los beneficios arriba descritos?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo _____ Fecha de presentación de la solicitud _____ Tipo _____ Fecha de presentación de la solicitud _____																																																																																								
	32. Si se aprueba su solicitud de beneficios, ¿quiere que retengamos de cada beneficio los montos para el pago del impuesto federal sobre la renta?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió «Sí», complete y adjunte el formulario W4S del IRS.																																																																																								
	<p>AUTORIZACIÓN: Autorizo a cualquier profesional médico o proveedor, hospital, centro médico, clínica, farmacia, agencia gubernamental o compañía de seguros a revelar al Departamento de Reclamaciones, reaseguradoras o representantes autorizados la compañía de seguros de vida Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) sobre mi historial médico o tratamiento y/o a proporcionar copias de mis registros de hospital y/o médicos, incluida información sobre consejos, atención o tratamiento para cualquier condición, incluido, entre otros, el uso o abuso de drogas o alcohol, enfermedad mental, VIH (virus del SIDA) u otras enfermedades de transmisión sexual. También autorizo a mi empleador a revelar toda la información necesaria para procesar mi reclamación.</p> <p>Esta autorización expira en la fecha en que se me notifique de la decisión final de la reclamación de BCBSOK. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero dicha revocación no tendrá efecto sobre ninguna medida tomada por BCBSOK antes de recibir la revocación. El receptor podrá a su vez divulgar la información provista de conformidad con esta autorización y es posible que deje de estar protegida por las regulaciones federales sobre privacidad (como la regla de privacidad de la HIPAA). Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original. Entiendo que debo conservar una copia de esta autorización y que mi representante personal o yo tenemos el derecho de obtener una copia de mi autorización BCBSOK. Si mis respuestas acerca de esta reclamación son incorrectas o falsas, o si me niego a firmar esta autorización, BCBSOK tiene derecho a rechazar mi reclamación.</p> <p>Firma del empleado _____ Fecha _____</p>																																																																																								



1. Nombre (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial 2° nombre) _____		Fecha de nacimiento _____	*Envíe la cuenta para los expedientes con este reclamo.
ANTECEDENTES	(a) ¿Cuándo aparecieron los síntomas por primera vez u ocurrió el accidente? _____	(b) Fecha en la que el paciente dejó de trabajar por incapacidad _____	(c) ¿El paciente tuvo alguna vez la misma afección o una similar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, indique cuándo y describa _____
	(d) ¿La condición se debe a una lesión o enfermedad derivada del empleo del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce		(e) Nombres y direcciones de otros médicos tratantes _____
DIAGNÓSTICO	(a) Diagnóstico (incluidas complicaciones) Envíe todas las notas de consultorio con respecto a esta condición* _____		(b) Síntomas subjetivos _____
	(c) Hallazgos objetivos (incluidas radiografías actuales, ECG, datos de laboratorio y cualquier hallazgo clínico) _____		
TRATAMIENTO	(a) Fecha de la primera visita _____	(b) Fecha de la última visita _____	(c) Frecuencia <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otra _____
	(d) Naturaleza del tratamiento (incluida cirugía y los medicamentos recetados, si los hubiere) _____		
EVOLUCIÓN	(a) El paciente <input type="checkbox"/> se recuperó <input type="checkbox"/> mejoró <input type="checkbox"/> no presenta cambios <input type="checkbox"/> empeoró	(b) El paciente <input type="checkbox"/> es ambulatorio <input type="checkbox"/> está confinado en su casa <input type="checkbox"/> postrado en cama <input type="checkbox"/> internado	
	(c) ¿Ha estado internado el paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Internado desde _____ hasta _____ Si respondió que sí, indique nombre y dirección del hospital _____		
CARDÍACO	(a) Capacidad funcional (Asoc. Americana del Corazón) <input type="checkbox"/> Clase 1 (sin limitaciones) <input type="checkbox"/> Clase 2 (limitación leve) <input type="checkbox"/> Clase 3 (limitación grave) <input type="checkbox"/> Clase 4 (limitación completa)		(b) Presión arterial (última visita) _____ sistólica/diastólica
	(a) Deterioro físico (*según la definición del Diccionario federal de títulos ocupacionales) <input type="checkbox"/> Clase 1 - ninguna limitación de la capacidad funcional; apto para trabajo pesado * ninguna restricción (0-10%) <input type="checkbox"/> Clase 2 - actividad manual media* (15-30%) <input type="checkbox"/> Clase 3 - limitación leve de la capacidad funcional; apto para trabajo liviano * (35-55%) <input type="checkbox"/> Clase 4 - limitación moderada de la capacidad funcional; apto para actividades administrativas (sedentarias*) (60-70%) <input type="checkbox"/> Clase 5 - limitación grave de la capacidad funcional; no apto para actividades mínimas (sedentarias*) (75-100%) Observaciones _____		
DETERIORO	(b) impedimentos mentales (si corresponde) (a) Defina «estrés» tal como se aplica a este reclamante. (b) ¿Qué estrés y problemas en las relaciones interpersonales ha padecido el reclamante en el trabajo? <input type="checkbox"/> Clase 1 - el paciente puede funcionar bajo estrés y entablar relaciones interpersonales (sin limitaciones) <input type="checkbox"/> Clase 2 - el paciente puede funcionar en la mayoría de las situaciones de estrés y entablar la mayoría de las relaciones interpersonales (limitaciones leves) <input type="checkbox"/> Clase 3 - el paciente solo puede participar en situaciones de estrés limitado y solo puede entablar relaciones interpersonales limitadas (limitaciones moderadas) <input type="checkbox"/> Clase 4 - el paciente no puede participar en situaciones de estrés o entablar relaciones interpersonales (limitaciones marcadas) <input type="checkbox"/> Clase 5 - el paciente tiene pérdida significativa de ajuste psicológico, fisiológico, personal y social (limitaciones graves) Observaciones _____		
	(a) ¿El paciente es ahora totalmente incapaz? Trabajo del paciente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cualquier otro trabajo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		(b) Fecha en la que el paciente se incapacitó debido a la enfermedad actual _____
PRONÓSTICO	(c) ¿Cuándo prevé usted un cambio fundamental o marcado en el futuro?: <input type="checkbox"/> 1 mes <input type="checkbox"/> 1-3 meses <input type="checkbox"/> 3-6 meses <input type="checkbox"/> nunca Se aplica a: <input type="checkbox"/> trabajo del paciente <input type="checkbox"/> otro trabajo		
	(a) ¿El paciente es un candidato apto para rehabilitación ocupacional? Trabajo del paciente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cualquier otro trabajo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(b) ¿Puede modificarse el trabajo actual de modo que lo pueda realizar con el impedimento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
REHABILITACIÓN	(c) ¿Cuándo podría iniciarse el empleo de prueba? Fecha _____ <input type="checkbox"/> A tiempo completo Trabajo del paciente <input type="checkbox"/> A tiempo parcial		
	Fecha _____ <input type="checkbox"/> A tiempo completo Trabajo del paciente <input type="checkbox"/> A tiempo parcial		
OBSERVACIONES	(Limitaciones, terapia, etc.) _____		

Nombre (médico tratante) (Apellido) _____		(Nombre de pila) _____	Título _____
Dirección _____		Ciudad _____	Estado _____
Firma _____		Teléfono Fax _____	
Código postal _____		Fecha _____	



Número de teléfono: (888) 381-9727

Fax: (877) 404-6457

Nuevo depósito directo

Cancelar depósito directo

Cambiar al depósito directo actual

Completar con letra de imprenta

Nombre:	N.º del Seguro Social:	Número de reclamación si se conoce:
---------	------------------------	-------------------------------------

Complete la sección de información sobre la cuenta corriente o la sección de información sobre la caja de ahorros/ cooperativas de ahorro y crédito. Usted puede indicar **solo una cuenta**.

Información de cuenta corriente

Obtenga esta información directamente de la parte inferior de su cheque o de su institución financiera.

Nombre de la entidad financiera:	
Dirección de la entidad financiera:	
Número de ruta (primer número en la parte inferior izquierda del cheque):	Número de cuenta (segundo número en la parte inferior del cheque):

Información sobre caja de ahorros/ cooperativa de ahorro y crédito

Obtenga esta información de su institución financiera.

La información en su recibo de depósito **no** es aplicable para este fin.

Nombre de la entidad financiera:	
Dirección de la entidad financiera:	
Número de ruta (primer número en la parte inferior izquierda del cheque):	Número de cuenta (segundo número en la parte inferior del cheque):

Autorización

Por la presente autorizo a la compañía a iniciar las entradas de crédito y, si es necesario, a efectuar las entradas de débito y ajustes de los créditos que se realicen por error en mi cuenta, en la institución financiera indicada. La institución financiera está autorizada por mí para debitar de mi cuenta o acreditar en la misma los importes correspondientes a esas entradas.

Esta autorización seguirá vigente hasta que la compañía sea notificada por escrito por mí de su cancelación en un plazo y forma tales que den a la compañía tiempo razonable para darle cumplimiento.

Firma:	Fecha:
--------	--------

Mail to:
Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma
P.O. Box 7071,
Downers Grove, IL 60515



Las leyes de algunos estados nos exigen que le proporcionemos el siguiente aviso:

PARA SOLICITUDES Y RECLAMOS:

Alabama: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio; o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución y confinamiento en prisión, o una combinación de ambos.

Colorado: Es ilegal proporcionar, con pleno conocimiento, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros, con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación de seguro y responsabilidad civil. Toda compañía de seguros o representante de una compañía de seguros que, con pleno conocimiento, proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un titular de la póliza o a una persona que presente un reclamo, con el fin de defraudar o intentar defraudar a dicha persona con respecto a un pago o una suma de dinero pagadera como resultado de la recaudación del seguro, se denunciará ante la división de seguros de Colorado, en el departamento de agencias reguladoras.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar a la aseguradora o a otra persona constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro en caso de que el solicitante presentara información falsa sustancialmente relacionada con un reclamo.

Florida: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

Hawái: Por su seguridad, la ley de Hawái exige que se le informe que presentar un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio es un delito castigado con multas o prisión, o ambos.

Kentucky: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa, o encubra, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho importante, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito.

Luisiana: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Maine y Washington: Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

Maryland: Toda persona que, con pleno conocimiento o deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio; o que, con pleno conocimiento o deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Nuevo México: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

Ohio: Toda persona que, con intención de defraudar o con pleno conocimiento de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguro.

Oklahoma: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente un reclamo para recibir la recaudación de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Pensilvania: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa, o encubra, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho importante comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito y sujeta a la persona a sanciones civiles y penales.

Puerto Rico: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude u ocasione la presentación de un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida o de cualquier otro beneficio, o presente más de un reclamo por el mismo daño o pérdida, cometerá un delito grave. Al condenarla, se la sancionará por cada violación con una multa de por lo menos cinco mil dólares (\$5,000), pero de no más de diez mil dólares (\$10,000), o con un período fijo de tres (3) años en prisión, o con ambas sanciones. En caso de que se presentaran circunstancias agravantes, la sanción establecida puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años. Si se presentaran circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Rhode Island: Cualquier persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Tennessee: Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

Virginia: Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.



Las leyes de algunos estados nos exigen que le proporcionemos el siguiente aviso:

PARA RECLAMOS ÚNICAMENTE:

Alaska: Una persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada según las leyes estatales.

Arizona: Por su seguridad, la ley de Arizona exige que lo siguiente figure en este formulario. Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida está sujeta a sanciones civiles y penales.

Arkansas: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

California: Por su seguridad, la ley de California exige que lo siguiente figure en este formulario. Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

Delaware: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Idaho: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Indiana: Una persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Minnesota: Una persona que presente un reclamo con la intención de defraudar o que ayude a cometer fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

Nuevo Hampshire: Toda persona que, con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a una acción judicial y a una pena por fraude de seguro, conforme a la legislación del estado de Nuevo Hampshire, RSA 638:20.

Nuevo Jersey: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Texas: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

PARA SOLICITUDES ÚNICAMENTE:

Massachusetts: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

New Jersey: Toda persona que incluya información falsa o engañosa en la solicitud de una póliza de seguro estará sujeta a sanciones penales y civiles.