



Una presentación completa consta de los elementos REQUERIDOS que se indican a continuación

- Usted puede presentar cada sección por separado o todas juntas.
- Complete toda la información solicitada en letra de imprenta.
- Si se solicita una fecha, ingrese el mes, el día y el año.
- Asegúrese de firmar y colocar la fecha en todos los formularios.
- Cuando recibamos al menos una de las secciones requeridas, le enviaremos una carta de confirmación que contendrá su número de reclamación.
- Una vez recibidas todas las secciones requeridas, comenzaremos a evaluar su reclamación.

REQUERIDO - DEBE ENTREGAR LOS SIGUIENTES FORMULARIOS PARA QUE PODAMOS EVALUAR SU RECLAMACIÓN

- 1. Declaración del empleado** - A ser completada por el empleado que solicita beneficios por incapacidad a corto plazo.
- 2. Autorización para divulgar información médica y de otro tipo** - A ser completada por el empleado. Escriba su nombre en letra de imprenta, firme y coloque la fecha en este formulario. Proporcione una copia al médico(s) que lo atiende(n).
- 3. Declaración del empleador** - Pídale a su empleador que complete, firme y coloque la fecha en el formulario. Su empleador debe adjuntar: (1) Descripción del trabajo, (2) constancia de inscripción si usted eligió esta cobertura, (3) documentación de ingresos si su beneficio se basa en algo que no sea salario directo (por ejemplo, el formulario W-2 del año anterior, comisiones mensuales), (4) si se presentó reclamación de compensación por accidente laboral, incluir copia del primer informe y la decisión.
- 4. Declaración del médico tratante** - Pídale su médico que complete el formulario con la información sobre su condición en letra de imprenta, y que lo firme y coloque la fecha.

OPCIONAL - USTED PUEDE ELEGIR PRESENTAR UNO DE LOS SIGUIENTES FORMULARIOS O AMBOS

- 1. Formulario de autorización de depósito directo** - Si su reclamación es aprobada, usted puede optar por recibir sus pagos mediante depósito directo a una caja de ahorros o cuenta corriente. Si desea recibir un depósito directo, complete el formulario de depósito directo y envíelo a la dirección indicada arriba. Si usted no opta por el depósito directo, sus cheques de beneficios serán enviados por correo.
- 2. Autorización para divulgar información a terceros** - Si usted nos autoriza a tratar su reclamación con un tercero (por ejemplo, un familiar, amigo, representante legal), complete este formulario y envíelo.

UNA VEZ QUE SE HAYAN COMPLETADO, FIRMADO Y FECHADO CADA UNA DE LAS SECCIONES ARRIBA MENCIONADAS, SE LAS PUEDE ENVIAR POR FAX AL (877) 404-6457 O POR CORREO POSTAL A LA DIRECCIÓN INDICADA ARRIBA. CADA SECCIÓN PUEDE PRESENTARSE POR SEPARADO.

Haremos todo lo posible para agilizar la decisión acerca de su reclamación.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al (877) 723-5697 de 7:00 am a 7:00 pm hora central, de lunes a viernes.



Número de teléfono: (877) 723-5697
Fax: (877) 404-6457

Enviar a Blue Cross and Blue Shield of New Mexico a:
Att. Departamento de reclamaciones
(Claim Department)
P.O. Box 7071
Downers Grove, IL 60515

DECLARACIÓN DEL EMPLEADO (completar en letra de imprenta)
Nombre del empleado (Apellido) (Nombre) (Inicial del 2º nombre) N.º del Seguro Social Fecha de nacimiento
Dirección Ciudad Estado Código postal Teléfono
Nombre de soltera Apodo Correo electrónico
Nombre del empleador Ocupación Ubicación

¿Ha presentado o planea presentar una reclamación de compensación por accidente laboral?: Sí No

¿Ha solicitado o planea solicitar beneficios del Seguro Social por esta incapacidad?: Sí No

Describe otros ingresos que esté recibiendo:

Table with 7 columns: Sí, NO, TIPO *, MONTO, FECHA DE INICIO DE BENEFICIOS, FECHA DE CESE DE BENEFICIOS, NOMBRE DE LA ASEGURADORA. Rows include Seguro Social, Incapacidad del estado, Jubilación, Compensación por accidente laboral, Beneficios incapacidad grupal, and Otros.

* Por favor, envíe una copia de su carta de adjudicación, si corresponde.

La causa de su incapacidad es: enfermedad accidente maternidad

Si la reclamación es por maternidad

- 1. Fecha de parto: estimada real 2. Tipo de parto: vaginal cesárea desconoce en este momento
3. ¿Hubo alguna complicación por la que tuvo que dejar de trabajar antes de la fecha prevista de parto?: Si respondió que sí, explique:

Si la reclamación es por enfermedad o accidente

- 1. Fecha de accidente o inicio de enfermedad: Último día trabajado (DLW): Nro. horas trabajadas el DLW:
2. En caso de enfermedad, proporcione los detalles:
2.a ¿Tuvo alguna vez la misma enfermedad o una similar?: Sí No Si respondió que sí, indique las fechas: Desde hasta
3. En caso de accidente, accidente de vehículo motorizado (MVA) u otro, proporcione los detalles:
3a. En caso de MVA, ¿se presentó informe del accidente?: Sí No Si respondió que sí, presente copia del informe del accidente con su reclamación.
4. Indique la fecha en la que usted no pudo desempeñar su ocupación por su condición médica: Desde hasta

Todas las reclamaciones (si usted tiene varios proveedores, proporcione su información en una página aparte).

- 1. Nombre y dirección del médico(s): Tel. médico Fax médico
Fechas de tratamiento:
2. Nombre del hospital: Fechas de internación: Desde hasta
Dirección del hospital:
Tel. hospital Fax hospital
3. Regresé a trabajar a tiempo completo el: A tiempo parcial el:
4. Impuesto para el Seguro Social (FICA) - Si su solicitud de beneficios es aprobada, se retendrá el impuesto FICA, como lo exige el IRS.
Impuesto federal sobre los ingresos (FIT) - ¿Desea que retengamos el FIT de sus beneficios?: Sí No
Si respondió que sí, ¿cuánto se debe retener cada semana?: (el mínimo es \$20,00 por semana)

Firma del empleado

Fecha



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA Y DE OTRO TIPO

A ser completada por el empleado:

A:

- Médicos y otros profesionales de la salud
Agencias de informes del consumidor y oficinas de información crediticia
Farmacias y administradores de beneficios de farmacia
Agencias estatales de rehabilitación profesional y otros proveedores de servicios de rehabilitación
Tenedores de pólizas grupales, titulares de contrato/proveedores, administradoras de reclamaciones o sus sucesores, aseguradoras, incluidas las aseguradoras o administradoras de accidentes laborales y planes de salud prepagos
Oficina de información médica (MIB) u otras compañías, que recolecten información sobre salud y seguros
Hospitales, clínicas y centros de atención médica
Agencias gubernamentales (incluidos, entre otros, la Administración de la Seguridad Social (SSA), el Servicio de Impuestos Internos (IRS), la Administración de Veteranos, la Junta de Retiro Ferroviario, la Administración de la Ley Jones, y los sistemas estatales de jubilación)
Empleadores
Representantes legales
Defensores para la SSA o programas de beneficios

Usted está autorizado a proporcionar información relacionada con mi estado de salud y las modificaciones/adaptaciones laborales con mi empleador actual o futuro a:

- Blue Cross and Blue Shield of New Mexico (BCBSNM);
el administrador del plan o administrador de reclamaciones de cualquier plan de beneficios en virtud del cual yo pueda ser participante; o
investigadores de reclamaciones, abogados, consultores médicos y otros proveedores de servicios que participen en la administración, evaluación y administración del plan y/o reclamación.

Este formulario permite la divulgación de la siguiente información, colectivamente denominada "información":

- expedientes, notas de consultorio, resultados de exámenes, estudios de diagnóstico por imágenes, datos e información sobre mi historial médico, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, rehabilitación, pruebas profesionales, exámenes y prescripciones;
información relacionada con el empleo, incluidas las reclamaciones de compensación por accidentes laborales;
información relacionada con los ingresos y los impuestos;
información de agencias de informes del consumidor y oficinas de información crediticia e
información sobre cobertura de seguro o beneficios de pensión, incluidas las reclamaciones presentadas y los beneficios pagados.

Entiendo que la información divulgada puede incluir información de salud protegida bajo la ley de portabilidad y rendición de cuentas del seguro de salud de 1996 y reglamentos relacionados (HIPAA), información sobre las condiciones de salud mental y el uso de drogas o alcohol e información sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Entiendo que la información será usada con el propósito de evaluar, gestionar y/o administrar beneficios por incapacidad a corto plazo, incapacidad a largo plazo, continuidad del salario, compensación de accidentes laborales, que son beneficios exceptuados en virtud de la HIPAA, o cualquier otro programa de beneficios ofrecido por y a través del empleador (en adelante denominado colectivamente "programa de beneficios"), elaborar un plan de rehabilitación profesional y otros fines en relación con la administración del programa de beneficios.

Además, autorizo la re-divulgación de cualquier información obtenida o desarrollada en el curso de la gestión y/o administración del programa de beneficios al administrador del plan o al administrador de reclamaciones de cualquier programa de beneficios por el cual yo pueda ser participante, empleadores, reaseguradoras, la SSA, investigadores de reclamaciones, abogados, consultores médicos y otros proveedores de servicios, incluso a los médicos tratantes, únicamente con el propósito de evaluar, analizar, gestionar y/o administrar el programa de beneficios. Entiendo que la información re-divulgada de acuerdo con esta autorización puede no estar protegida en los términos de la HIPAA.

Entiendo que esta autorización seguirá siendo válida durante la duración de mi reclamación o un período más corto, según lo estipule la ley aplicable. También entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Acepto que una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Entiendo que tengo derecho a rehusarme a firmar esta autorización y que esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento mediante notificación por escrito firmada por mí en viada a la di rección que figura más abajo. Entiendo que cualquier revocación de ese tipo no se aplicará a cualquier divulgación o re-divulgación de la información hecha en virtud de mi autorización inicial. También entiendo que, en caso de que no firme esta autorización o posteriormente revoque esta autorización, puede verse afectada la capacidad de BCBSNM para procesar mi reclamación y producirse el rechazo o terminación de mi reclamación por beneficios.

Firma del empleado _____ Fecha _____
Nombre completo del empleado _____ Fecha de nacimiento _____

Si el empleado no puede firmar, un representante autorizado puede firmar a continuación en representación del empleado

Firma del representante _____ Fecha _____
Relación del representante con el empleado: _____ Teléfono _____

P.O. Box 7071, Downers Grove, IL 60515 Número gratuito: 877.723.5697 Fax: 877.404.6457



ACUERDO DE AUTORIZACIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO

Enviar el formulario por correo a:

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico

P.O. Box 7071

Downers Grove, IL 60515

Número de teléfono: (877) 723-5697

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:
--------	--------



Número de teléfono: (877) 723-5697
Fax: (877) 404-6457

Enviar a Blue Cross and Blue Shield of New Mexico a:
Att. Departamento de reclamaciones
(Claim Department)
P.O. Box 7071
Downers Grove, IL 60515

Complete este formulario si desea que los empleados de la compañía de seguros de Blue Cross and Blue Shield of New Mexico (BCBSNM) o sus representantes debidamente autorizados se comuniquen con un familiar, amigo u otro tercero acerca de su reclamación.

Para ayudar en la evaluación o administración de mis reclamaciones, autorizo a BCBSNM a proporcionar y recibir información de salud y financiera relacionada con mi reclamación de los familiares, amigos, y/o otros terceros que se mencionan a continuación:

Form fields for listing family members: Mi cónyuge, Familiar, and Otros terceros. Each entry includes fields for Name (Apellido), Name, Initial 2nd name, and Phone/Relationship.

Autorizo a BCBSNM a dejar mensajes sobre mi reclamación en mi buzón de voz/contestador automático. A menos que se revoque de otra manera, esta autorización opcional permanecerá en vigor durante un período de:

Form fields for authorization duration: 3 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses*.

* Debe completarse y presentarse una nueva autorización opcional al final de cada período de 12 meses. Para períodos de más de 12 meses, es posible que desee consultar a un abogado para determinar si un poder notarial (POA) sería una opción más apropiada.

Al otorgar esta autorización:

- Entiendo que la información sobre mi reclamación puede incluir información acerca de mi salud y que tal información sobre mi salud puede estar relacionada con cualquier trastorno del sistema inmunitario incluidos, entre otros, el VIH y el SIDA, el uso de drogas y alcohol y el historial mental y físico, la condición, el asesoramiento o el tratamiento, pero no incluye las notas de psicoterapia.
Entiendo que la información proporcionada a las personas designadas está sujeta a re-divulgación y puede no estar protegida por ciertas regulaciones estatales y federales que rigen la privacidad de la información financiera y médica.
Entiendo que esta autorización es válida sólo para el período elegido más arriba.
Entiendo que los términos de la autorización permanecerán en vigor con cualquier reclamación ante BCBSNM que pase de discapacidad a corto plazo a discapacidad a largo plazo y/o discapacidad a largo plazo a condonación de prima de vida y/o condonación de prima de por vida y/o de por vida a enfermedad crítica.
Entiendo que puedo revocar esta autorización opcional en cualquier momento y que dicha revocación solo tendrá efecto una vez que BCBSNM reciba la notificación escrita en la dirección indicada arriba.
Entiendo que cualquier revocación de ese tipo no se aplicará a ninguna divulgación o re-divulgación de la información hecha en virtud de mi autorización inicial.
Puedo solicitar una copia de esta autorización y una copia tendrá la misma validez que el original.

Form fields for claimant information: Nombre en imprenta (Apellido), (Nombre), (Inicial 2º nombre), Nro. de reclamación

Form fields for signature and date: Firma del reclamante, Fecha

Si la completa el apoderado designado en el poder, representante personal, tutor o curador, por favor firme abajo y adjunte una copia del documento de autorización.

Form fields for representative information: Nombre en imprenta (Apellido), (Nombre), (Inicial 2º nombre), Relación

Form fields for representative signature and date: Firma del reclamante, Fecha



DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR (completar en letra de imprenta)

Formulario de declaración del empleador con campos para: Nombre del empleador, Dirección, Ciudad, Estado, Código postal, Teléfono, División/ubicación, Nombre de la subsidiaria, Persona de contacto, Teléfono de la persona de contacto, Correo electrónico de la persona de contacto, Fax de la persona de contacto, Nombre del empleado (Apellido), (Nombre), (Inicial del 2º nombre), N.º del Seguro Social, ID del empleado, Ocupación/cargo del empleado (adjunte la descripción de tareas), Clase de trabajo, Fecha de vigencia de la cobertura STD, ¿El empleado estaba asegurado por una póliza STD anterior?, Fecha de vigencia de la cobertura STD según la póliza anterior.

Otras coberturas que el empleado tiene a través de Blue Cross and Blue Shield of New Mexico (BCBSNM):

- Incapiencia a largo plazo, Vida, Enfermedad crítica, Accidente, Muerte accidental y desmembramiento

Formulario de datos laborales con campos para: Fecha de contratación, Último día trabajado, Primera fecha de ausencia, Fecha de regreso al trabajo, Fecha de terminación (si corresponde), Núm. de clase, Horas trabajadas por semana, Salario, Por hora, Cada 2 semanas, 2 veces al mes, W2 año anterior*, Semanal, Mensual, Anual.

*Si la póliza define el salario según el W2 del año anterior, incluya la copia del W2 del año anterior con el formulario de reclamación. Monto del beneficio mensual por incapacidad \$ _____(SOLO AUTOADMINISTRADO)

Recibido por el empleado (fecha):

Continuidad salarial hasta _____

Vacaciones hasta _____

Licencia por enfermedad hasta _____

Licencia con goce de sueldo (PTO) hasta _____

Reclamación por W/C presentada por esta incapacidad: Sí No

Si respondió que sí, indique el nombre de la aseguradora de W/C:

Nombre y teléfono de la persona de la persona de contacto de W/C:

Si el empleado tiene permiso para volver a trabajar en servicio restringido, ¿está usted dispuesto a considerar adaptaciones?: Sí No
Si la respuesta es sí, dé el nombre y el nro. de teléfono de contacto:

Aportes a la prima - si no se completa esta sección, la reclamación se gravará al 100%

¿Incrementa el salario del empleado de modo de incluir deducciones de para cubrir las primas?: Sí No

¿Contribuye el empleado para cubrir el costo de este seguro STD?: Sí No Si respondió "sí": Pre-imp. Post-imp.

El empleado paga _____% de la prima, el empleador paga _____% de la prima.

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 del IRS para más información sobre el cálculo del porcentaje gravable.

Formulario de firma con campos para: Firma del representante autorizado del empleador y/o representante del plan, Fecha de firma, Nombre en imprenta, Teléfono, Fax, Dirección de correo electrónico.



Número de teléfono: (877) 723-5697
Fax: (877) 404-6457

Enviar a Blue Cross and Blue Shield of New Mexico a:
Att. Departamento de reclamaciones
(Claim Department)
P.O. Box 7071
Downers Grove, IL 60515

DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE (en letra de imprenta) (Debe completarse en su totalidad a expensas del paciente)

Form with fields: Nombre del Empleado (Apellido), (Nombre), (Inicial del 2º nombre), [Fem./Masc.], Fecha de nacimiento, Edad, Dirección, Ciudad, Estado, Código postal, La causa de su incapacidad es: [Enfermedad/Accidente/Maternidad], Altura, Peso

Reclamación por maternidad

- 1. Fecha de parto: [] estimada [] real 2. Tipo de parto: [] vaginal [] cesárea
3. Fecha de última menstruación:
4. ¿Hubo alguna complicación por la que tuvo que dejar de trabajar antes de la fecha prevista de parto?: Si respondió que sí, explique:

Todas las demás reclamaciones/diagnóstico

- 1. Código de diagnóstico primario ICD10: Diagnóstico:
2. Código de diagnóstico secundario ICD10: Diagnóstico:
3. Fecha en que los síntomas aparecieron por primera vez o fecha del accidente:
Fecha en la que el paciente le consultó por primera vez por esta afección:
4. ¿La afección está relacionada con el trabajo?: [] Sí [] No
5. Describa cualquier otra enfermedad o complicaciones que afecten la presente afección:

Todas las demás reclamaciones/tratamiento

- 1. Fecha de la cirugía: Código CPT: Detalles:
2. Fechas de tratamientos no quirúrgicos:
3. Nombre y dirección del hospital con fechas de internación: Desde hasta [] Internado [] Ambulatorio
Nombre del hospital: Dirección de Hospital: Tel. hospital
4. ¿El paciente tuvo alguna vez la misma afección o una similar? Sí No (Si respondió sí, indique cuándo y describa)

- 5a. ¿El paciente sigue bajo su cuidado?: Sí No 5b. Fecha de la próxima consulta
5c. Frecuencia de las visitas:
6. ¿Está el paciente bajo el cuidado de otro médico?: Sí No (Si respondió sí, dé nombre, dirección y tel. del médico)

Todas las demás reclamaciones/invalidez

- 1. El paciente estuvo o estará incapacitado de manera continua para trabajar:
En su propia ocupación: Desde hasta En su propia ocupación: Desde hasta
El paciente puede volver a trabajar: [] A tiempo completo [] A tiempo parcial el
Limitaciones actuales - lo que el paciente no puede hacer:
Restricciones actuales-lo que el paciente no debe hacer:
2. ¿Cuánto tiempo estima que estas restricciones y limitaciones afectarán a su paciente?:
[] Fecha [] No puede determinarlo, seguimiento en semanas [] Permanentemente
3. En su opinión, el paciente es candidato para rehabilitación: [] Sí [] No
4. Si el paciente tiene un diagnóstico terminal, su expectativa de vida es de: [] 6 meses o menos [] 12 meses o menos [] Otra

Observaciones
Nombre del médico Teléfono Fax
Firma del médico Fecha
Dirección Ciudad Estado C.P.
Especialidad: [] Fam. [] MI [] Fisia. y Rehab. [] Neuro [] Ortop [] OBG [] Psiq. [] Otra
No. identif. tributaria Nro. prestador nac.



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.