

Enviar a: Colonial Life & Accident Insurance Company
PO Box 100195
Columbia SC 29202-3195

Enviar por fax a: 1.800.880.9325

Si envía su reclamación por fax, no hay necesidad de enviar por correo el original. Recordatorio: Copie el dorso de las páginas y envíe un fax con todas las páginas de la reclamación.

CHEQUEO DE BIENESTAR/SALUD

Si desea hacer una reclamación de **Chequeo de bienestar/cáncer por una prueba realizada en los últimos 12 meses**, deberá enviar el tipo de chequeo y la fecha, así como el nombre y teléfono del médico. También debemos saber si el chequeo fue para usted u otra persona cubierta y, en ese caso, su nombre y número de seguro social. **Usted puede:**

- **RECLAMAR POR TELÉFONO.** Llame al **1.800.325.4368** y suministre la información solicitada en nuestro sistema automatizado de respuesta de voz, las 24 horas al día, los 7 días a la semana, o
- **ENVÍELA POR INTERNET** con el formulario de reclamación de bienestar que aparece en **coloniallife.com** o
- Escriba su nombre, dirección, número de seguro social o número de póliza o certificado en su factura e indique **“Prueba de bienestar”**.

ENVÍENOSLO POR FAX al **1.800.880.9325** o **POR CORREO** a P.O. Box 100195, Columbia SC 29202.

Si su chequeo de bienestar/cáncer fue realizado hace más de un año, debe enviar por fax o por correo copia de la factura o de la cuenta de su médico que indique el tipo de procedimiento realizado, el costo y la fecha del servicio. Escriba su nombre completo, número de seguro social y dirección actual en el recibo.

Tome en cuenta que, si su póliza de cáncer incluye una segunda parte del beneficio de la prueba, debe enviarnos por correo o fax las facturas de las pruebas cubiertas y una copia del informe de diagnóstico (que refleje la indicación anormal en su primera prueba) para que se le brinden los beneficios.

CÁNCER

Si no tiene una póliza de **cáncer**, llene las secciones que correspondan a su cobertura. Para solicitar beneficios en una póliza de cáncer, llene la página 3 y marque **cáncer** en la parte superior de esta página:

- Para *cáncer interno* – **Adjunte** una copia del **informe de patología** de su *diagnóstico* inicial.
- Adjunte copias de facturas detalladas de todos los gastos médicos que haya hecho en relación con el diagnóstico y tratamiento de su cáncer. Escriba su nombre y número de seguro social en cada factura que quede claros.
- Para *cáncer de la piel* – Adjunte una copia de su informe de patología por *cada fecha de servicio* en que se hizo biopsia o se extrajo alguna muestra.
- *Transporte y alojamiento* – Revise su póliza para determinar qué gastos están cubiertos. Envíenos una declaración que explique sus gastos de transporte y alojamiento. Esta información debe incluir la distancia en millas transitada en ambas direcciones, recibos de alojamiento y verificación médica de tratamiento en esa fecha.
- **Si se trata de una reclamación de discapacidad, pídale a su empleador y a su médico que indiquen cualquier información pertinente en las SECCIONES D y E.**

Si tiene preguntas mientras llena este formulario de reclamación, llámenos al 1.800.325.4368. Le ayudaremos con la información y los formularios necesarios para terminar este proceso de modo satisfactorio.

Debe firmar su reclamación en el periodo de 12 meses a partir de la pérdida.

Por favor **verifique** abajo el tipo de reclamación que está haciendo:

- Bienestar** - Consulte la parte superior de la página 2
- Cáncer** - Consulte a continuación.
- Rutinaria de embarazo** - Consulte la página 4 si está solicitando beneficios de discapacidad normal después del parto. No son necesarias las páginas 5 y 6.
- Discapacidad total** - (Accidente/enfermedad/complicaciones del embarazo) Las secciones D y E constan de partes para que las llenen su empleador y su médico. Consulte las páginas 5 y 6. Hay un formulario exclusivo para discapacidad disponible en nuestro sitio Web, www.coloniallife.com.
- Lesión accidental** - Sección A, página 4, le pide información específica sobre las circunstancias de su lesión.
- Internamiento hospitalario, cuidados intensivos, cirugía como paciente ambulatorio o unidad de rehabilitación** - Pídale a su médico que llene la sección C, página 5, y envíe copias de sus facturas de hospital, de cirugía como paciente ambulatorio o de la unidad de rehabilitación.

Esta reclamación es para: Mi Mi cónyuge Dependiente: si es mayor de 18 años, nombre de la escuela _____

Nombre del reclamante _____ Nombre del titular de la póliza (en caso de que no sea el reclamante) _____

Número de seguro social: _____ Número de seguro social: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): ____/____/____ Masculino Femenino Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ____/____/____
 Masculino Femenino

Número de la póliza: _____

Dirección postal _____
Calle (Apto. N°) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

(para envío de un día para otro, se debe incluir la dirección postal, no el apartado postal)

¿Ha cambiado su dirección desde nuestro último contacto? SÍ NO

Teléfono en la casa: (____) _____ Teléfono en el trabajo: (____) _____

Fax: (____) _____ Dirección electrónica del titular de la póliza: _____

Si se trata de una reclamación por discapacidad, indique las fechas en que no pudo trabajar: desde ____/____/____ hasta ____/____/____

Llene en letra de imprenta INFORMACIÓN SOBRE SUS MÉDICOS U HOSPITAL

Si es necesario, continúe en una hoja aparte. Asegúrese de incluir todo médico que le haya referido.

1. _____ Nombre completo del médico que le atiende		
Dirección postal _____		
Ciudad _____ (____)	Estado _____ (____)	Código postal _____
Teléfono _____	Fax _____	

2. _____ Nombre completo del médico u hospital que le ha referido		
Dirección postal _____		
Ciudad _____ (____)	Estado _____ (____)	Código postal _____
Teléfono _____	Fax _____	

3. _____ Nombre completo de su médico de cabecera		
Dirección postal _____		
Ciudad _____ (____)	Estado _____ (____)	Código postal _____
Teléfono _____	Fax _____	

4. _____ Otros		
Dirección postal _____		
Ciudad _____ (____)	Estado _____ (____)	Código postal _____
Teléfono _____	Fax _____	

CERTIFICACIÓN

Nombre del titular de la póliza/empleado _____ N° de seguro social _____

He revisado las respuestas a este formulario de reclamación y son correctas. Certifico, bajo pena de perjurio, que el número de seguro social que aparece en este formulario es el mío y es correcto. Declaro que he recibido el formulario "Advertencia sobre fraude con reclamaciones y las versiones estatales" y que he leído la declaración exigida por el Departamento de Estado de Seguros de mi estado, si mi estado aparecía en la lista del formulario. Cualquier persona que de manera consciente y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona llene una declaración con información falsa u oculte información, con el propósito de dar información engañosa relacionada con cualquier hecho, comete una acción fraudulenta de seguro, lo que constituye un delito.

TAMBIÉN FIRME Y FECHÉ LA AUTORIZACIÓN EN LA PÁGINA 7.

X ____/____/____ **X** _____
Fecha (mm/dd/aaaa) FIRMA DEL PACIENTE

X _____
FIRMA DEL TITULAR DE LA PÓLIZA/EMPLEADO

NOMBRE DEL RECLAMANTE: **X** NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

A. LESIÓN ACCIDENTAL- por favor **llénelo y adjunte copias detalladas** de toda factura **que corresponda**, incluidas **las de médicos, ambulancia, sala de emergencia, hospital, o unidad de rehabilitación**. Dichas facturas deben incluir **información** diagnóstica del médico que le atienda.

Fecha del accidente (mm/dd/aaaa): ____/____/____ Hora del accidente: _____ am / pm (marque una)

Explique cómo ocurrió el accidente:

¿En el momento en que ocurrió el accidente, estaba usted en el trabajo, trabajando por sueldo o beneficio? sí no

¿Ha tenido alguna vez una lesión similar? ____ En caso afirmativo, diga cuándo (mm/dd/aaaa): _____

Si su reclamación es por discapacidad, pídale a su empleador y a su médico que suministren la información correspondiente en las SECCIONES D y E.

Para que lo llene y firme su médico
B. RUTINARIA DE EMBARAZO (a 6 semanas de parto vaginal u 8 semanas de cesárea, menos el periodo de eliminación)

Si se encuentra deshabilitada por complicaciones del embarazo, antes o después del parto, llene la Sección E en la página 6.

Fecha del parto (mm/dd/aaaa): ____/____/____ Tipo de parto: Vaginal / cesárea (marque una)

Fecha en que vio a esta paciente por primera vez en este embarazo (mm/dd/aaaa): ____/____/____

Indique otras fechas de tratamiento en este embarazo ____/____/____, ____/____/____, ____/____/____, ____/____/____
____/____/____, ____/____/____, ____/____/____, ____/____/____

Fechas de internamiento hospitalario (mm/dd/aaaa): ____/____/____ - ____/____/____

Nombre del hospital: _____ Teléfono del hospital: (____) _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____

Dirección: _____

Dirección electrónica: _____ Número de contribuyente o de seguro social: _____

Firma del médico que le atiende: _____ Fecha (mm/dd/aaaa): _____

Médico que le refiere: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección postal _____

NOMBRE DEL RECLAMANTE: **X** _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

C. INTERNAMIENTO HOSPITALARIO, CUIDADOS INTENSIVOS, CIRUGÍA O BENEFICIOS DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN.

Envíenos una copia detallada de sus facturas de hospital o rehabilitación que incluyan el *diagnóstico y las fechas de internamiento y de alta*. Pídale a su médico que llene esta sección si sus facturas no incluyen información de diagnóstico. Envíenos una copia de la factura de anestesiología, si fue sometido a una cirugía como paciente ambulatorio.

CUIDADO INTENSIVO / INTERNAMIENTO HOSPITALARIO / UNIDAD DE REHABILITACIÓN

Fechas de atención

Lugar en que se le ha internado	Desde (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)
Cuidado intensivo, incluida la Unidad de cuidado coronario		
Hospital (privado, semiprivado, otro tipo)		
Unidad de rehabilitación		

Diagnóstico/Códigos ICD-9: _____

Hospital: _____ Teléfono (____) _____

Dirección del hospital: _____

Dirección de la Unidad de rehabilitación: _____ Teléfono (____) _____

Fechas de visitas al consultorio después del internamiento: (mm/dd/aaaa): ____/____/____ - ____/____/____

CIRUGÍA

Fechas de atención

Tipo de cirugía	Desde (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)	Descripción del procedimiento/Código del procedimiento
Paciente interno			
Paciente ambulatorio			

Diagnóstico/Códigos ICD-9: _____

Fechas de visitas al consultorio después de la cirugía como paciente ambulatorio (mm/dd/aaaa): ____/____/____ - ____/____/____

Hospital: _____ Teléfono (____) _____

Dirección del hospital: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO:

Firma del médico: **X** _____ Fecha (mm/dd/aaaa): ____/____/____

Nombre del médico: _____ Teléfono : (____) _____ Fax: (____) _____

Dirección: _____

Dirección electrónica: _____ Número de contribuyente o de seguro social: _____

Si su reclamación es por discapacidad, pídale a su empleador que llene la sección que aparece más adelante y pídale a su médico que llene la SECCIÓN E.

D. Para que lo llene y firme su EMPLEADOR:

Nombre del empleador: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección de correo electrónico: _____ Fax: (____) _____

¿Trabaja el empleado en algún otro lugar? Cargo del empleado: _____

sí no En caso afirmativo, dónde _____

Entre las responsabilidades del empleado se encuentran:

Fechas a partir de las cuales el empleado no ha podido trabajar: Cargar menos de 15 libras. de 15 a 44 libras. más de 45 libras.

Desde: ____/____/____ am/pm Hasta: ____/____/____ am/pm Inclinars/agacharse ninguna raras veces con frecuencia

Desde: ____/____/____ am/pm Hasta: ____/____/____ am/pm Arrastrarse/trepar/ ninguna raras veces con frecuencia

Fecha en que el empleado volvió a realizar las tareas arrodillarse

propias de su cargo: ____/____/____ Medio tiempo Alcanzar cosas/halar ninguna raras veces con frecuencia

____ Horas por semana Tiempo completo Repetitiva ninguna raras veces con frecuencia

Fecha en que el empleado volvió a realizar tareas livianas Tareas gerenciales ninguna raras veces con frecuencia

propias de su cargo: ____/____/____

Salario mensual \$ _____ Salario por hora \$ _____

Estar sentado/a (horas por día): _____

Estar de pie/caminar (horas por día): _____

¿Ocurrió el accidente mientras trabajaba por sueldo o por beneficio? sí no

En caso afirmativo, indique la fecha de la lesión: ____/____/____ ¿Se ha aprobado compensación laboral? sí no

Nombre y dirección del asegurador de compensación laboral: _____

¿Se le puede ofrecer realizar tareas livianas o modificadas? sí no

En caso afirmativo, fecha en que puede empezar. _____

Firmado: _____ Cargo: _____ Fecha (mm/dd/aaaa): ____/____/____

(Para que firme el empleador)

NOMBRE DEL RECLAMANTE: **X** _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

E. BENEFICIOS DE DISCAPACIDAD. Para que la llene y firme el MÉDICO que le atiende por esta discapacidad:

Diagnóstico/ afección principal que provoca la discapacidad/ Códigos ICD9: _____

Afecciones secundarias que contribuyen con esta discapacidad: _____

¿Se mantendrá discapacitado el paciente sin tomar en cuenta estas afecciones secundarias? sí no

¿Se ha tratado antes a este paciente por las mismas afecciones o por afecciones similares? En caso afirmativo, enumere los diagnósticos relacionados y las fechas de tratamiento: _____

¿Es esta afección el resultado de una lesión accidental? sí no En caso afirmativo, por favor indique la fecha y descripción. _____

Fechas de internamiento hospitalario: Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____

Hospital: _____
Nombre Dirección

Indique las cirugías realizadas y envíe copia del informe quirúrgico. _____

¿Se encuentra este paciente discapacitado de modo permanente? sí no En caso afirmativo, ¿Cuáles son las restricciones o limitaciones permanentes? _____

¿Para cuándo espera ver una mejoría notable en la afección del paciente? _____ N° de semanas/meses (marque uno)

Fechas en que no podrá trabajar: Todas las tareas: Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____

Fechas en que no podrá trabajar: Tareas parciales: Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____

Lista de restricciones o limitaciones que le impiden trabajar _____

¿Se entiende que este paciente debe estar confinado en casa (es decir, que no puede realizar las actividades diarias normales) o que no puede realizar 2 o más actividades de la vida diaria? Sí / No (marque una) En caso afirmativo, qué actividades no puede realizar? **(vestirse, comer, trasladarse, ir al baño y prepararse sus comidas)* _____

¿Durante cuánto tiempo? Desde ____/____/____ Hasta ____/____/____

(Esta información se usará según lo establecido en las reglamentaciones estatales y lo estipulado en la póliza).

Fecha anticipada de regreso al trabajo o de alta: _____ En caso de que no se haya determinado aún, según sus conocimientos de la medicina, ¿cuál sería un periodo razonable en que podría permitírsele al paciente regresar al trabajo?

Si se trata de complicaciones del embarazo anteriores al parto, ¿Cuál es la fecha estimada del parto? ____/____/____

Fechas de vistas al consultorio (mm/dd/aaaa): _____

Frecuencia recomendada del tratamiento: _____

Firma del médico: _____ Fecha (mm/dd/aaaa): ____/____/____ Paciente N°: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____

Especialidad: _____

Dirección: _____

Dirección electrónica: _____ Número de contribuyente o de seguro social: _____

Nombre completo del médico que ha referido al paciente

Dirección postal Ciudad Estado Código postal

(____) (____)
Número telefónico Fax

NOTA: Haga una copia de la autorización firmada por el paciente para la divulgación de información, para sus archivos. Si su instalación exige una autorización especial, pida que el paciente firme el formulario e inclúyalo en esta reclamación.

Autorización para Colonial Life & Accident Insurance Company

Para determinar si reúno los requisitos para obtener cobertura de seguros y beneficios bajo una póliza/certificado existente, proceso que incluye la verificación y solución de cualquier problema que pueda presentarse como resultado de información incompleta o incorrecta en mis formularios de solicitud o de reclamación, mediante la presente autorizo a las fuentes que abajo se mencionan para que revelen la siguiente información acerca de mi y, si fuera necesario, mis dependientes, a Colonial Life & Accident Insurance Company (en lo adelante, Colonial Life) y a sus representantes debidamente autorizados.

Cualquier institución o proveedor de atención médica, plan de salud o banco de información de atención médica que posea registros o conocimiento sobre mi, entre ellos una base de datos de información sobre medicinas de venta con receta o sobre beneficios farmacéuticos o ambulancia u otro tipo de servicio de transporte médico. También autorizo a cualquier compañía de seguros, agencias de Medicare o Medicaid o al Buró de Información Médica (MIB o Medical Information Bureau), a que revelen información si la tuviesen. La información sobre la salud incluye mi registro médico completo y mi historial de reclamaciones de seguros, pero no incluye notas de psicoterapia. También autorizo a cualquier entidad, persona u organización que posea registros que no sean de la salud, tales como de ingresos o de mis antecedentes laborales o de cualquier otra índole, que Colonial Life considere relevantes para evaluar mis formularios de solicitud o de reclamación, para que se la entreguen a Colonial Life. Dichas entidades, personas u organizaciones incluyen a mi empleador, representantes de mi empleador y fuentes de compensación, compañías de seguros, instituciones financieras o entidades gubernamentales, entre ellos, departamentos de seguridad pública y departamentos de vehículos automotores.

Cualquier información que Colonial Life obtenga según lo establecido en esta autorización se usará con el propósito de evaluar y administrar mi reclamación de beneficios. Parte de la información obtenida podría no estar protegida por ciertas regulaciones federales que reglamentan la privacidad de información sobre la salud, pero la información sigue protegida por las leyes de privacidad estatal y otras leyes vigentes. Colonial Life no revelará la información a menos que dichas leyes lo permitan o lo exijan.

Esta autorización tiene una vigencia de dos (2) años desde la fecha en que se ejecute o mientras dure mi reclamación, lo que suceda primero, y una copia es tan válida como el original. Sé que yo o mi representante autorizado podemos solicitar tanto una copia de esta autorización como acceso a esta información. Tanto yo como mi representante autorizado podemos revocar esta autorización en cualquier momento, excepto la información que Colonial Life haya obtenido y utilizado antes de recibir notificación de dicha revocación o que tenga el derecho de impugnar la cobertura bajo el contrato o el contrato mismo. Si se revocara esta autorización, Colonial Life no podría evaluar mi reclamación o si reúno los derechos para obtener beneficios. Puedo revocar esta autorización enviando notificación por escrito a: Colonial Life & Accident Insurance Company, Claims Department, P. O Box 100195, Columbia, SC 29202-3195.

Usted puede negarse a firmar este formulario; sin embargo, Colonial Life podría no tener modo de evaluar y manejar su reclamación. Soy la persona que autoriza o su tutor legal, representante designado mediante poder judicial, protector, beneficiario o representante personal.

(Nombre de la persona que autoriza en letra de imprenta) (Número de seguro social) **X** (Firma) (Fecha de la firma)

Si correspondiera, firmo en nombre del asegurado en calidad de _____ (indicar tipo de relación). Si es tutor legal, representante designado mediante poder judicial, protector, beneficiario o representante personal.

(Nombre del representante legal en letra de imprenta) **X** (Firma del representante legal) (Fecha de la firma)

Advertencia Referente al Fraude y las Versiones Estatales

Cualquier persona que remita una declaración relacionada con una reclamación con información falsa, incompleta o errónea con la intención de perjudicar, defraudar o engañar una compañía de seguros u otra persona, será culpable de fraude de seguro, el cual es un delito, si la información fuera remitida deliberadamente.

Estado de Residencia	Versiones Estatales de la Advertencia Referente al Fraude
Alaska	Cualquier persona que intencionalmente y con intento de causar daño, defraudar, o perjudicar a una compañía de seguro remita una reclamación con información falsa, incompleta o errónea, puede ser enjuiciado bajo la ley estatal.
Arkansas	Cualquier persona que intencionadamente remita una reclamación falsa o fraudulenta para la adjudicación de una pérdida o beneficio, o remita una solicitud de seguro con información falsa será culpable de haber cometido un delito y podrá estar sujeta a la aplicación de multas y encarcelamiento.
Arizona	PARA SU PROTECCIÓN, LA LEY ESTATAL DE ARIZONA REQUIERE QUE LA SIGUIENTE DECLARACIÓN APAREZCA EN ESTE FORMULARIO. CUALQUIER PERSONA QUE INTENCIONADAMENTE REMITA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA LA ADJUDICACIÓN DE UNA PÉRDIDA ESTARÁ SUJETA A PENALIDADES CRIMINALES Y CIVILES.
California	Para su protección, la ley estatal de California requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que remita una reclamación falsa o fraudulenta para la adjudicación de una pérdida será culpable de haber cometido un delito y podrá estar sujeta a la aplicación de multas y la privación de la libertad en una cárcel estatal, si dicha información fuere remitida deliberadamente.
Colorado	El suministro de información o datos falsos, incompletos o dolosos a una compañía de seguros con la finalidad o intención de defraudar a la misma será considerado como un acto ilícito, si dicha información o datos fueren remitidos deliberadamente. Las penalidades pueden comprender la privación de la libertad, aplicación de multas, denegación de los beneficios derivados del seguro y sanciones civiles. Cualquier compañía o agente de seguros que proporcione información o datos falsos, incompletos o dolosos al titular de una póliza de seguros o a un reclamante, con la finalidad o intención de defraudar al titular o reclamante, en torno a la liquidación o adjudicación de los réditos de seguro, será reportado al <i>Colorado Division of Insurance</i> el cual forma parte del <i>Department of Regulatory Agencies</i> si dicha información o datos fueren proporcionados deliberadamente.
District of Columbia	ADVERTENCIA: El proporcionar información falsa, incompleta o errónea a una compañía de seguros con la intención de defraudar a la misma o a otra persona, será considerada como un delito. Las penalidades pueden comprender la privación de la libertad y/o la aplicación de multas. Además, la compañía de seguros puede denegar los beneficios derivados del seguro si información material relacionada con una reclamación fuere remitida por el solicitante.
Delaware	Cualquier persona que remita una declaración relacionada con una reclamación que contiene información falsa, incompleta o errónea, será culpable de un delito grave, si dicha documentación fuere remitida deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros.
Florida	Cualquier persona que remita una declaración relacionada con una reclamación o una solicitud con información falsa, incompleta o errónea será culpable de haber cometido un delito grave del tercer grado, si dicha documentación fuere remitida deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros.
Idaho	Cualquier persona que remita una declaración relacionada con una reclamación con información falsa, incompleta o errónea será culpable de un delito grave, si dicha documentación fuere remitida deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros.
Indiana	Cualquier persona que remita una declaración relacionada con una reclamación con información falsa, incompleta o errónea habrá cometido un delito grave, si dicha documentación fuere remitida deliberadamente.
Kentucky	Cualquier persona que remita una declaración relacionada con una reclamación con información materialmente falsa o que oculta datos materialmente relacionados con dicha documentación con la finalidad de engañar, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, el cual es un delito, si dicha información fuere remitida deliberadamente.
Louisiana	Cualquier persona que remita una reclamación falsa o fraudulenta para la adjudicación de una pérdida o beneficio o presenta información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la privación de la libertad.
Maine	El proporcionar información falsa, incompleta o errónea a una compañía de seguros con la intención de defraudar a la misma, será considerada como un delito, si dicha información fuere remitida deliberadamente. Las penalidades pueden comprender la privación de la libertad, la aplicación de multas o la denegación de los beneficios derivados del seguro.
Maryland	Cualquier persona que con conocimiento y intencionadamente remite una reclamación falsa o fraudulenta para la adjudicación de una pérdida o beneficio o con conocimiento y intencionadamente presenta información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y encarcelamiento.
Minnesota	Una persona que remita una reclamación con la intención de defraudar o ayude a cometer un fraude contra una compañía de seguros será culpable de un delito.

Estado de Residencia**Versiones Estatales de la Advertencia Referente al Fraude**

New Hampshire	Cualquier persona que remita una declaración relacionada con una reclamación con información falsa, incompleta o errónea con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros estará sujeta a acción judicial y castigo por fraude de seguros, como está estipulado en RSA 638.20.
New Jersey	Cualquier persona que remita una declaración relacionada con una reclamación con información falsa o errónea estará sujeta a penalidades criminales y civiles, si dicha información fuere remitida deliberadamente.
New Mexico	CUALQUIER PERSONA QUE REMITA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA LA ADJUDICACIÓN DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO O REMITA UNA SOLICITUD DE SEGURO CON INFORMACIÓN FALSA SERÁ CULPABLE DE UN DELITO Y PODRÁ ESTAR SUJETA A PENALIDADES CRIMINALES Y CIVILES, SI DICHA INFORMACIÓN FUERE REMITIDA DELIBERADAMENTE.
New York	Cualquier persona que remita una solicitud de seguro o una declaración referente a una reclamación con información materialmente falsa o que oculte datos materialmente relacionados con dicha documentación con la finalidad de engañar, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, si dichos documentos fueren remitidos deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a cualquier otra persona. Dichos actos son delitos sujetos a la aplicación de una penalidad civil, por concepto de cada violación de esta índole. La penalidad no excederá de cinco mil dólares más el valor declarado en dicha reclamación.
Ohio	Cualquier persona que remita una solicitud o una reclamación con una declaración falsa o engañosa con la intención de defraudar o facilitar deliberadamente un fraude contra una compañía de seguros, será culpable de fraude de seguro.
Oklahoma	ADVERTENCIA: Cualquier persona que hace una reclamación por los beneficios de una póliza de seguro con información falsa, incompleta o errónea con la intención de perjudicar, defraudar o engañar cualquier compañía de seguros, será culpable de un delito, si dicha información fuere remitida deliberadamente.
Oregon	Cualquier persona que haga una declaración falsa intencional que es material al riesgo podrá ser culpable de fraude de seguro por un tribunal de justicia.
Pennsylvania	Cualquier persona que remita una solicitud de seguro o una declaración referente a una reclamación con información materialmente falsa o que oculte datos materialmente relacionados con dicha documentación con la finalidad de engañar, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, si dichos documentos fueren remitidos deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a cualquier otra persona. Dichos actos son delitos que exponen a dicha persona a la aplicación de penalidades criminales y civiles.
Puerto Rico	Cualquier persona que intencionadamente y previa intención de defraudar remita información falsa en una aplicación de seguro, o presenta, ayuda o causa la remisión de una reclamación fraudulenta para la adjudicación de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presenta mas de una reclamación por el mismo daño o perdida, será culpable de un delito grave, y una vez convicto será sancionado por cada violación con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5000) hasta un máximo de diez mil dólares (\$10000) o una sentencia de termino fija en la cárcel de tres (3) años, o las dos penas. Si esta presente una situación agravante, la penalidad de cárcel establecida será incrementada hasta un máximo de cinco (5) años; si esta presente circunstancias estenuas, la pena puede ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.
Tennessee	Es un delito proveer información falsa, incompleta o errónea a una compañía de seguros para el propósito de defraudar la compañía si dicha información fuere remitida deliberadamente. Las penalidades incluyen la privación de libertad, la aplicación de multas y la denegación de los beneficios derivados del seguro.
Texas	Cualquier persona que remita una reclamación falsa o fraudulenta por la adjudicación de una pérdida será culpable de un delito y podrá estar sujeta a la aplicación de multas y la privación de la libertad en una cárcel estatal si dicha información fuere remitida deliberadamente.
Virginia	Es un delito proveer información falsa, incompleta o errónea a una compañía de seguros para el propósito de defraudar la compañía si dicha información fuere remitida deliberadamente. Las penalidades pueden comprender la privación de la libertad, la aplicación de multas y la denegación de los beneficios derivados del seguro.
Washington	Es un delito proveer información falsa, incompleta o errónea a una compañía de seguros para el propósito de defraudar la compañía si dicha información fuere remitida deliberadamente. Las penalidades incluyen la privación de libertad, la aplicaron de multas y la enegación de los beneficios derivados del seguro
West Virginia	Cualquier persona que intencionadamente remita una solicitud falsa o fraudulenta para la adjudicación de una perdida o beneficio, o intencionadamente presenta información falsa en una aplicación de seguro es culpable de un delito grave y esta sujeto a ser sancionado por medio de multas o ser encarcelado.

La versión en español de este documento es provista por Colonial Life & Accident Insurance Company como una cortesía. Las estipulaciones fidedignas de los derechos legales, responsabilidades y/u obligaciones se detallan en la versión original del documento expedida en inglés.