

## Formulario de reclamación por discapacidad

### Presentación de reclamaciones más rápida y sencilla



Presente su reclamación a través de su cuenta en línea o móvil, verifique el estado de una reclamación, regístrese para recibir notificaciones, actualice la información personal, inscríbese en depósitos directos, vea los detalles de su póliza, entre muchas otras opciones.

#### Dos formas de registrarse

1. En línea en [americanfidelity.com/register](http://americanfidelity.com/register)
2. Descargue AFmobile® desde la **Apple App Store** o **Google Play**
- 3.



**¡Alto!** Presentar una reclamación en papel no es la opción más rápida. Reciba su dinero más rápido al presentar una reclamación a través de AFmobile.

### Instrucciones para presentar una reclamación por correo o fax:

Proporcione toda esta información para evitar demoras en el procesamiento de su reclamación.

1. Complete la sección de la Declaración del asegurado.
2. Pida a su empleador que complete la sección del Informe de reclamación del empleador y que se la devuelva.
3. Pida al médico responsable de su tratamiento que complete la sección de la Declaración del médico responsable y que se la devuelva.
4. Complete la sección de la Autorización para obtener información que incluye información médica protegida.
5. Envíe por correo o fax los formularios que llenó a American Fidelity a la dirección o número de fax que aparecen arriba.

Para recibir actualizaciones del estado de la reclamación, inicie sesión en su cuenta en [americanfidelity.com/login](http://americanfidelity.com/login) y seleccione sus preferencias de comunicaciones.

### Su dinero directo, su dinero más rápido. Inscríbese en depósito directo.

Para establecer el depósito directo con American Fidelity, suministre toda la información que se solicita a continuación con su reclamación presentada. También puede registrarse en depósito directo a través de su cuenta en línea.

Autorizo a American Fidelity Assurance Company a iniciar ingresos de crédito a mi cuenta según se indica. También autorizo a American Fidelity a hacer un cargo a mi cuenta por cualquier depósito que se haya hecho por error. Esta autorización permanece vigente hasta que American Fidelity reciba notificación por escrito de mi parte sobre su cancelación en tiempo y forma de manera tal que permita a American Fidelity y a la entidad de depósito la razonable oportunidad de cumplir con mi solicitud. Notifíquenos de inmediato si la información de su entidad de depósito ha cambiado. Esta autorización se aplica a los beneficios pagaderos según todos los planes de beneficios con American Fidelity.

Firma: \_\_\_\_\_

Debe suministrar la siguiente información:

Número de ruteo: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

0000  
Date \_\_\_\_\_ 20\_\_  
Pay to the order of \_\_\_\_\_  
Memo \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
Routing Number Account Number

## Declaración del asegurado/a Para que lo llene el empleado.

Nombre completo: (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)
Número de seguro social:	Número de cliente:	
Domicilio postal: (calle, ciudad, estado, código postal)		
Número de teléfono: (incluya código de área):	Dirección de correo electrónico:	
Nombre del empleador:		
Nombre y fecha de nacimiento de su cónyuge y de pendientes:	Nombre:	Fecha de nacimiento:
	Nombre:	Fecha de nacimiento:

## Información de discapacidad

La discapacidad se debe a: <input type="checkbox"/> accidente O <input type="checkbox"/> enfermedad		Fecha del inicio: (MM/DD/AA)
Si es un accidente, describa la causa y detalles:		Si es una enfermedad, diagnóstico:
¿Alguna vez ha tenido la misma afección o una afección similar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿cuándo? (MM/DD/AA)		
Indique el nombre completo y la información de contacto de todos los médicos que le están brindando tratamiento actualmente (adjunte una lista adicional si fuera necesario)		
¿Su discapacidad está relacionada con su empleo/ocupación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿ha presentado, o tiene intención de presentar, una reclamación para compensación de los trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuál fue el último día en que trabajó?: (MM/DD/AA)	Fecha de discapacidad: De: (MM/DD/AA)	a: (MM/DD/AA)
¿Qué día regresó al trabajo?: (MM/DD/AA)	Medio tiempo: (MM/DD/AA)	Tiempo completo: (MM/DD/AA)
Si no regresó al trabajo, ¿cuándo anticipa que regresará?		
¿El paciente ha sido internado en un hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de admisión: (MM/DD/AA)	Fecha de alta: (MM/DD/AA)
Si la respuesta es sí, indique las fechas de admisión y de alta junto con el nombre y domicilio del hospital.	Fecha de admisión: (MM/DD/AA)	Fecha de alta: (MM/DD/AA)
Nombre del hospital:	Dirección del hospital:	
Si se aprueba su solicitud de beneficios, ¿quiere que le retengamos los impuestos federales de cada cheque de beneficios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si la respuesta es sí, monto por mes (el mínimo es \$88.00): \$		

### Identifique otras fuentes de ingresos y monto de ingresos que está recibiendo o podría tener derecho a recibir durante esta discapacidad.

Marque sí o no para cada una de las siguientes opciones:

Seguro social: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto/mes: \$	Desempleo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto/mes: \$
Dependiente Seguro social: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto/mes: \$	Sindicato: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto/mes: \$
Licencia por enfermedad o continuación de sueldo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto/mes: \$	Beneficios de la Administración de Veteranos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto/mes: \$
Jubilación: (normal, temprana, o discapacidad) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto/mes: \$	Compensación de los trabajadores: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto/mes: \$
Ingresos por discapacidad del estado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto/mes: \$	Licencia médica y familiar paga: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto/mes: \$
Otra cobertura por discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto/mes: \$	Si la respuesta es sí, enumere:

**Incluya una copia de su carta de aceptación o denegación para cualquier fuente de la que haya recibido una.**

Certifico que esta información es verdadera y correcta. Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Informe de reclamación del empleador Para que lo llene el Empleador.

**¡Ahorre tiempo y cargue este formulario a través de su cuenta en línea!**

Nombre del empleador:	Número de teléfono: (incluya código de área):
Domicilio postal: (calle, ciudad, estado, código postal)	Número de fax (incluya código de área):
Nombre del empleado:	Número de seguro social:
Domicilio postal: (calle, ciudad, estado, código postal)	
Fecha de contratación: (MM/DD/AA)	Ocupación:
Estado de empleo al momento de la discapacidad: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Licencia <input type="checkbox"/> Terminado <input type="checkbox"/> Jubilado	

### Discapacidad

Fecha en que el empleado trabajó por última vez: (MM/DD/AA)	¿El empleado ha regresado al trabajo?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, fecha en que regresó al trabajo: (MM/DD/AA)	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo

### Primas

¿Deduce el seguro social del pago del empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Las primas por discapacidad se retienen antes o después de impuestos? Plan a corto plazo: <input type="checkbox"/> Antes de impuestos <input type="checkbox"/> Después de impuestos Plan a largo plazo: <input type="checkbox"/> Antes de impuestos <input type="checkbox"/> Después de impuestos	¿Qué porcentaje de la prima por discapacidad es pagada por el empleador? Corto plazo % _____ \$ _____ Largo plazo % _____ \$ _____
¿Cuál es la fecha en que se dedujeron las primas por discapacidad por última vez? (MM/DD/AA)	

### Salario al momento de la discapacidad para empleadores de educación

Cantidad de días de contrato _____ para _____ año escolar.	Días en las instalaciones: Primer día: _____ Último día: _____
Salario anual: \$ _____	Fecha de entrada en vigencia: _____

### Salario al momento de la discapacidad por todos los otros empleadores

Por hora: \$ _____	Mensual: \$ _____
Salario bruto del año calendario anterior: \$ _____	Año hasta la fecha, salario bruto: \$ _____

### Otros ingresos

¿La discapacidad del empleado fue el resultado del empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El empleado hizo una reclamación por compensación de los trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, indique el nombre, domicilio y número de teléfono de la aseguradora de la compensación de los trabajadores:	
¿El empleado tiene derecho a compensación de los trabajadores por esta discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Indique si el empleado está recibiendo o es elegible para recibir algo de lo siguiente:	
Licencia por enfermedad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Monto: \$ _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual
Diferencial/Sabático: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Monto: \$ _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual
Continuación de salario/Otra licencia paga: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Monto: \$ _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual
Discapacidad del estado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Monto: \$ _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual
Licencia médica y familiar paga: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Monto: \$ _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual
Otra discapacidad grupal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Monto: \$ _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual
Beneficios sindicales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Monto: \$ _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual
Para beneficios sindicales u otra discapacidad grupal, indique el proveedor: Nombre: _____ Teléfono: _____	

### Firma del empleador

La persona arriba mencionada podría calificar para beneficios según el plan de seguros de ingresos por discapacidad de American Fidelity. A mi leal saber y entender, la información precedente es correcta. Firma autorizada de la empresa empleadora o funcionario autorizado: _____	
Nombre en letra de imprenta: _____	Título: _____ Fecha: _____
Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono: (incluya código de área) _____ Fax: (incluya código de área) _____	
¿Cómo prefiere que nos pongamos en contacto con usted? <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Fax	

## Declaración del médico responsable Para ser completado por el médico.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Número de seguro social:	Número de cliente:
----------------------	-----------------------------------	--------------------------	--------------------

### Diagnóstico

Diagnósticos que causan discapacidad:	Código ICD:
---------------------------------------	-------------

### Antecedentes

¿Cuándo fue la primera aparición de los síntomas o el accidente? (MM/DD/AA)	¿Fecha en que el paciente hizo una consulta por primera vez por esta condición? (MM/DD/AA)
¿El paciente ha tenido alguna vez la misma afección o una similar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, indique cuándo y describa:	
¿El paciente llegó a usted mediante una derivación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, indique el nombre completo, domicilio y número de teléfono del médico que realizó la derivación:	
¿La discapacidad está relacionada con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

### Tratamiento

Frecuencia de tratamiento: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otro	Si es otra, describa:
Fecha de la próxima cita: (MM/DD/AA)	Describa el tratamiento actual:
Enumere todas las fechas de tratamiento o atención médica desde que comenzó la discapacidad:	
¿El paciente todavía está recibiendo su atención por esta afección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es no, explique e indique el nombre y número de teléfono del médico responsable actual:
¿El paciente ha sido internado en un hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, indique las fechas de admisión y de alta junto con el nombre y domicilio del hospital.	Admisión: (MM/DD/AA) Alta: (MM/DD/AA) Admisión: (MM/DD/AA) Alta: (MM/DD/AA)
Nombre:	Dirección:

### Pronóstico

¿El paciente está discapacitado? ¿Para su ocupación habitual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Para cualquier ocupación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de inicio de la discapacidad total: (MM/DD/AA)	¿Cuál es la fecha de regreso al trabajo esperada? (MM/DD/AA)
¿El paciente tiene el alta para regresar al trabajo con restricciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, De: (MM/DD/AA) a: (MM/DD/AA)	
Enumere las restricciones con las que puede regresar al trabajo:	
Duración anticipada de la discapacidad: <input type="checkbox"/> 1-2 meses <input type="checkbox"/> 2-3 meses <input type="checkbox"/> 3-6 meses <input type="checkbox"/> 6-12 meses <input type="checkbox"/> Más de 12 meses <input type="checkbox"/> Permanente	

### Limitaciones

Enumere las limitaciones/restricciones funcionales que hacen que su paciente tenga una discapacidad total temporal:
¿Espera que el estado funcional mejore o empeore? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, seleccione <input type="checkbox"/> mejore O <input type="checkbox"/> empeore

### Información del médico

Nombre y título del médico responsable: (letra de imprenta)	Especialidad:
Teléfono: (incluya código de área):	Fax: (incluya código de área):
Domicilio postal: (calle, ciudad, estado, código postal)	
Formulario completado por: (Nombre y título)	Firma: Fecha: (MM/DD/AA)

**Si necesita que se complete su propia autorización para la divulgación de registros médicos, envíe el formulario junto con la declaración del médico.**

## Autorización para obtener información que incluye información médica protegida

El objetivo de este formulario es permitir a American Fidelity Assurance Company, o a socios comerciales que actúen en representación de American Fidelity en la administración de productos y servicios de American Fidelity, a obtener datos que incluyen, sin carácter limitativo, información de empleo, información financiera e información médica protegida sobre mí, de cualquier parte que cuente con dicha información. Una vez que se obtienen dichos datos, American Fidelity podría usarlos para revisar o procesar beneficios, confirmar información de la póliza, o de otra manera revisar o procesar información relacionada con mi relación como cliente con ellos.

Por la presente autorizo a las entidades especificadas a continuación a divulgar cualquier información sobre mi salud o situación financiera o la de mis dependientes; esto incluye todo el expediente médico e historial de tratamiento de enfermedades físicas o emocionales, incluso evaluación psicológica, excepto notas de psicoterapia, a las personas que representen a American Fidelity y que participen en la determinación de mi elegibilidad para beneficios según la cobertura de mi seguro. Aquellos autorizados para tal fin son: a) médicos o profesionales de la medicina con licencia; b) hospitales, clínicas o instalaciones relacionadas con la medicina o sus socios comerciales; c) planes de salud; d) la Administración de Veteranos; e) empleadores actuales o anteriores; f) farmacias; g) compañías de seguros; h) la Administración del Seguro Social; i) sistemas de jubilación; j) Departamento de Vehículos Automotores; k) bancos o instituciones financieras y l) aseguradoras de compensación laboral. American Fidelity solo divulgará datos recolectados conforme a esta autorización según sea necesario para nuestros fines comerciales legítimos y solo en la medida permitida por las leyes.

**Aviso:** la información autorizada para divulgación puede incluir información sobre enfermedades transmisibles o venéreas como hepatitis, sífilis, gonorrea, VIH/SIDA (virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida), u otra afección por la que pudiera haber recibido tratamiento.

Comprendo que American Fidelity no podrá condicionar pagos de reclamaciones, inscripción o elegibilidad para beneficios a mi firma de esta autorización. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización; no obstante, no firmar esta autorización podría causar una negación de los beneficios o incapacidad para pagar beneficios según mi póliza si no firmar hace que American Fidelity no tenga información suficiente para procesar mis beneficios. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a American Fidelity, P.O. Box 258897, Oklahoma City, OK 73125-8897 o llamando al número gratuito 1-833-541-0151. Comprendo que mi derecho a revocar esta autorización está limitado en la medida en que: American Fidelity haya actuado confiando en esta autorización; o las leyes le proporcionen a American Fidelity el derecho a cuestionar mi cobertura de seguros o una reclamación según mi cobertura de seguros. Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Comprendo que si la información de salud protegida se divulga a una persona u organización que no tiene la obligación de cumplir con las reglamentaciones federales sobre privacidad, la información podría divulgarse y ya no estar protegida por reglamentaciones federales sobre privacidad. Además de los tipos de información arriba descritos, también autorizo a American Fidelity a acceder a todo otro tipo de información considerada necesaria para investigar mi reclamación. Esta información incluye, sin carácter limitativo, información financiera, información entregada para reclamaciones de seguro o coberturas de seguro, o relacionada con estas, y registros de empleo. Toda parte que tenga esta información queda por la presente autorizada a divulgarla a American Fidelity.

Para cobertura de seguro de salud, esta autorización vencerá veinticuatro meses después de la fecha de su firma o al momento de cese de mi póliza del seguro, lo que ocurra primero. Para cobertura de seguro distinto a seguro de salud, esta autorización vencerá veinticuatro meses después de la fecha de su firma o al momento de vencimiento de mi reclamación de beneficios, lo que ocurra primero.

\_\_\_\_\_  
Cliente #

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma (paciente) o representante personal (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
Relación del representante personal con el/la paciente (si corresponde)

*Si un representante personal suministra la autorización, se debe incluir una descripción de la autoridad para actuar en representación del asegurado o la asegurada.*

**Conserve una copia para sus registros personales o puede contactar a nuestra compañía para solicitar una copia.**

## Declaraciones sobre fraude en el formulario de reclamación

Las siguientes declaraciones sobre fraude se adjuntan y son parte integral de este formulario de reclamación. **Lea y no retire esta página del formulario de reclamación.**

**Si vive en una jurisdicción que no se menciona más adelante, lo siguiente aplica para usted:** Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento.

**Alabama** - Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio o que presente intencionalmente información falsa en una solicitud de seguros es culpable de un delito y podría estar sujeta a restitución, multas o encarcelamiento, o cualquier combinación de estos.

**Alaska** - Toda persona que presente intencionalmente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora podría estar sujeta a acciones legales según la ley del estado.

**Arizona** - Para su protección, la legislación de Arizona requiere que se incluya la siguiente declaración en este formulario. Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro estará sujeta a sanciones civiles y penales.

**Arkansas, District of Columbia, Louisiana, Rhode Island y West Virginia** - Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio o que presente intencionalmente información falsa en una solicitud de seguros es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Para su protección, la legislación de **California** requiere que se incluya la siguiente declaración en este formulario: Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura del seguro o para realizar una reclamación para el pago de un siniestro es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

**Colorado** - Es ilegal suministrar intencionalmente información o datos falsos, incompletos o engañosos a una aseguradora con el objetivo de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación del seguro y daños y perjuicios civiles. Se denunciará a toda aseguradora o representante de una compañía de seguros que suministre intencionalmente datos o información falsos, incompletos o engañosos a un titular de póliza o reclamante con el objetivo de estafar al titular de la póliza o reclamante con respecto a la liquidación del siniestro o indemnización pagadera por el producto del seguro ante la división de seguros de Colorado dentro del departamento de organismos reguladores.

**Delaware, Idaho y Oklahoma** - ADVERTENCIA: toda persona que presente intencionalmente una reclamación por el producto de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora es culpable de un delito grave.

**Florida** - Toda persona que presente intencionalmente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora es culpable de un delito grave de tercer grado.

**Indiana** - Una persona que presente intencionalmente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa con la intención de estafar a una aseguradora comete un delito grave.

**Kentucky** - Toda persona que presente intencionalmente una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa u oculte, con la intención de confundir, información sobre cualquier dato de la reclamación, con la intención de estafar a una compañía aseguradora o a otra persona, comete un acto fraudulento de seguros, el cual es un delito.

**Maine, Tennessee, Virginia y Washington** - Es un delito suministrar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una aseguradora con el objetivo de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o la negación de beneficios del seguro.

**Maryland** - Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio o que presente intencionalmente información falsa en una solicitud de seguros es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento.

**Minnesota** - Una persona que presente una reclamación con el objetivo de estafar o ayude a cometer fraude contra una compañía de seguros es culpable de un delito.

**New Hampshire** - Toda persona que, con el objetivo de perjudicar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa estará sujeta a acciones legales y castigo por fraude de seguros, según se establece en RSA 638:20.

**New Jersey** - Toda persona que presente intencionalmente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa estará sujeta a sanciones civiles y penales.

**New Mexico** - TODA PERSONA QUE PRESENTE INTENCIONALMENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA PARA EL PAGO DE UN SINIESTRO O BENEFICIO O QUE PRESENTE INTENCIONALMENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGUROS ES CULPABLE DE UN DELITO Y PODRÍA ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

**Ohio** - Toda persona que, con la intención de estafar o sabiendo que está facilitando una estafa contra una compañía de seguros, presente una solicitud o un reclamo con una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros.

**Pennsylvania** - Toda persona que presente intencionalmente una solicitud de seguros o declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa u oculte, con la intención de confundir, información sobre cualquier dato de la reclamación, con la intención de estafar a una aseguradora o a otra persona, comete un acto fraudulento de seguros, el cual es un delito, y estará sujeta a sanciones penales y civiles.

**Puerto Rico** - Toda persona que intencionalmente y con el objetivo de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude a presentar o haga que se presente una reclamación fraudulenta para el pago de un siniestro o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o siniestro, estará incurriendo en un delito grave y, al ser condenada, será sancionada por cada violación con una multa que no será inferior a cinco mil dólares estadounidenses (\$5,000) ni superior a diez mil dólares estadounidenses (\$10,000), o a un periodo de tiempo fijo de encarcelamiento de tres (3) años, o a ambas sanciones. En caso de que existieran circunstancias agravantes, la sanción así establecida podría aumentar a un máximo de cinco (5) años, si existieran circunstancias atenuantes, podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Para su protección, la legislación de **Texas** requiere que se incluya la siguiente declaración en este formulario: toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.