

## BOSTON MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY

OFICINA CENTRAL: 120 Royall Street • Canton, MA 02021  
TEL (877) 212-2950



FAMILY MATTERS. NO MATTER WHAT.®

### KIT DE RECLAMACIÓN DE SEGURO DE VIDA PARA PROCESAR LOS BENEFICIOS DEL SEGURO DE VIDA Y POR MUERTE ACCIDENTAL

#### **INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN DEL SEGURO DE VIDA**

En nombre de Boston Mutual Life Insurance Company, acepte nuestras más sinceras condolencias por su pérdida. Nos damos cuenta de que este es un momento difícil para usted y su familia y haremos todo lo posible para procesar su reclamación con prontitud.

Para acelerar el procesamiento de su reclamación, es importante que envíe toda la información necesaria solicitada a continuación.

1. El formulario de reclamación debe ser completado en su totalidad por el beneficiario designado o su representante autorizado y firmado donde se indica. Si hay más de un beneficiario designado, utilice el formulario Beneficiario adicional.
2. Un certificado de defunción original y certificado del asegurado. Esto normalmente se puede obtener a través del director de la funeraria. Desafortunadamente, no podemos aceptar fotocopias o faxes de certificados de defunción certificados.
3. La póliza de seguro. Si no puede encontrar la póliza, complete la sección de póliza extraviada del formulario de reclamación.
4. Si se hace una reclamación por beneficios por muerte accidental, el beneficiario designado también debe completar el formulario Reclamación por muerte. También se deben adjuntar los informes del accidente y policiales correspondientes.
5. Si la cobertura fue pagada en su totalidad o en parte por el Empleador, o si se trata de una cobertura grupal y el Empleador posee los formularios de inscripción, un representante autorizado del empleador debe completar la Declaración del empleador. También se deben incluir con la reclamación todos los formularios de inscripción originales y los cambios de beneficiarios.
6. Cada beneficiario debe completar el formulario Opciones de pago del seguro de vida.
7. Un formulario de autorización que cumpla con HIPAA debe ser completado por el beneficiario designado *(o el pariente más cercano si el beneficiario nombrado no es el pariente más cercano)* si la cobertura ha estado vigente por menos de dos años.
8. Si las ganancias se asignan a una funeraria, se nos debe proporcionar el formulario asignación y la factura.
9. Lea el "Aviso de advertencia de fraude" de su estado.

**\*\*\* Las pólizas que han estado vigentes por menos de dos años podrían ser discutibles \*\*\***

Si necesita ayuda para completar el formulario de reclamación  
llame al 877-212-2950

Envíe los formularios a: Boston Mutual Life Insurance Company, 120 Royall Street • Canton MA 02021

**BOSTON MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY**

OFICINA CENTRAL: 120 Royall Street • Canton, MA 02021  
TEL (877) 212-2950



FAMILY MATTERS. NO MATTER WHAT.®

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO DE VIDA**

**Números de póliza de la compañía conforme a los cuales el abajo firmante realiza la reclamación**

#1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ #3 \_\_\_\_\_ #4 \_\_\_\_\_ #5 \_\_\_\_\_

Nombre completo del asegurado \_\_\_\_\_ Casado ☐ Viudo ☐

Dirección \_\_\_\_\_ Soltero(a) ☐ Divorciado ☐

¿El asegurado es conocido por algún otro nombre? Sí ☐ NO ☐ Si la respuesta es Sí, sírvase avisarnos \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de fallecimiento \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_

Último día de trabajo (si se conoce) \_\_\_\_\_ Nombre del empleador \_\_\_\_\_

**Complete lo siguiente si la Póliza estuvo en vigencia por menos de 2 años e incluya un formulario de autorización firmado que cumpla con HIPAA para la divulgación de expedientes médicos.**

Nombres completos y direcciones de todos los médicos y hospitales donde el asegurado recibió tratamiento en los últimos 5 años

Nombre	Dirección	Número de teléfono
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

**INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO**

Nombre del beneficiario \_\_\_\_\_ Nro. de Seguro Social del beneficiario. \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del beneficiario \_\_\_\_\_ Nro. de teléfono del beneficiario \_\_\_\_\_ Relación con el beneficiario \_\_\_\_\_

Dirección del beneficiario \_\_\_\_\_

Dirección postal del beneficiario (si es diferente) \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN – Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier material de hecho, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. Al firmar a continuación, usted acepta bajo pena de perjurio, que la información en esta declaración es completa y verdadera a su leal saber y entender. Consulte el folleto “Avisos de advertencia de fraude” de su estado.**

X \_\_\_\_\_  
Firma del beneficiario Nombre en letra de imprenta Fecha

**DECLARACIÓN DE PÉRDIDA DE PÓLIZA (Se completará solo si no se pudo encontrar la póliza original después de buscarla exhaustivamente)**

Asegurado \_\_\_\_\_ N.º de Póliza \_\_\_\_\_

Esta póliza se extravió o se destruyó. Si la póliza se encuentra más tarde, acepto entregarla a la compañía sin reclamación alguna.

X \_\_\_\_\_  
Firma del beneficiario Fecha Firma del testigo

**BOSTON MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY**

OFICINA CENTRAL: 120 Royall Street • Canton, MA 02021  
TEL (877) 212-2950



FAMILY MATTERS. NO MATTER WHAT.®

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL**

***El beneficiario debe completar esta sección en su totalidad si reclama un Beneficio por muerte accidental***

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha y hora del accidente que causa la muerte: \_\_\_\_\_ Lugar de la muerte: Autopista ☐ Casa ☐ Trabajo ☐  
Fecha: \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ a. m. ☐ p. m. ☐ Recreación ☐ Otro ☐ \_\_\_\_\_

**Describa el accidente en detalle: (Envíe copias de los informes policiales, artículos periodísticos, etc. para ayudar en el procesamiento de esta reclamación)**

---

---

---

---

---

---

**Nombres de los MÉDICOS y HOSPITALES donde el asegurado recibió tratamiento**

Nombre	Dirección
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Se realizó una autopsia? Sí ☐ NO ☐ En caso afirmativo, quién la realizó, dónde y fecha.

Nombre	Dirección	Fecha
_____	_____	_____

**CERTIFICACIÓN** – Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier material de hecho, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. Al firmar a continuación, usted acepta bajo pena de perjurio, que la información en esta declaración es completa y verdadera a su leal saber y entender. Consulte el folleto “Avisos de advertencia de fraude” de su estado.

X \_\_\_\_\_  
Firma del beneficiario Nombre en letra de imprenta Fecha



## DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR

***Este formulario debe ser completado por un representante autorizado del Empleador si la cobertura fue pagada en su totalidad o en parte por el Empleador, o si se trata de una cobertura grupal y el Empleador conserva los formularios de inscripción.***

**RECLAMACIÓN DEL SEGURO DE VIDA**

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ N.º de Póliza grupal: \_\_\_\_\_ Div. \_\_\_\_\_

¿El asegurado es conocido por algún otro nombre? Sí ☐ NO ☐ En caso afirmativo, sírvase avisarnos: \_\_\_\_\_

Dirección del asegurado: \_\_\_\_\_ N.º de Certificado: \_\_\_\_\_

Fecha del último día de trabajo del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de muerte: \_\_\_\_\_ Monto del seguro: \_\_\_\_\_

Cantidad de horas trabajadas cada semana: \_\_\_\_\_ Ingresos anuales a la fecha del último día de trabajo: \_\_\_\_\_

Motivo para dejar el trabajo: Discapacidad ☐ Renuncia ☐ Vacaciones ☐ Licencia ☐ Jubilado ☐  
 Reducción ☐ Despido ☐ Otro ☐ (Especifique) \_\_\_\_\_

¿Estaba asegurado el empleado al momento de la muerte? Sí ☐ NO ☐ Ocupación del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de contratación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia del seguro: \_\_\_\_\_

¿Se canceló el seguro antes de la muerte? Sí ☐ NO ☐ Si la respuesta es Sí, fecha de la cancelación y motivo: \_\_\_\_\_**RECLAMO DEL SEGURO DE VIDA DE DEPENDIENTE**

Nombre del dependiente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de muerte: \_\_\_\_\_

Dirección del dependiente: \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado Código postal

¿Se canceló el seguro antes de la muerte? Sí ☐ NO ☐ Si la respuesta es Sí, fecha de la cancelación y motivo: \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que la fecha hasta la que se ha pagado la prima para este Asegurado es: \_\_\_\_\_  
 Mes/Día/Año

**CERTIFICACIÓN – Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier material de hecho, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. Al firmar a continuación, usted acepta bajo pena de perjurio, que la información en esta declaración es completa y verdadera a su leal saber y entender. Consulte el folleto "Avisos de advertencia de fraude" de su estado.**

X \_\_\_\_\_  
 Firma del representante autorizado Calle Ciudad Estado Código postal

Empleador \_\_\_\_\_  
 Código de área Teléfono Ext.



## OPCIONES DE PAGO DEL SEGURO DE VIDA

Revise las siguientes opciones de pago y seleccione su opción marcando la casilla correspondiente y firmando este formulario. Las opciones de pago pueden variar según la póliza seleccionada. Consulte la póliza para conocer las opciones disponibles. Si tiene alguna pregunta o desea analizar otras opciones de pago, llame a nuestro equipo de Servicios de Reclamaciones al 1-877-212-2950. Sírvase devolver este formulario con su reclamación.

- ☐ **Pago único.** Al elegir esta opción, elige recibir los ingresos adeudados en un pago único.  
(Esta es la opción de pago más común)
- ☐ **Suma a pagar como ingreso mensual por una cantidad de años fija.** Al elegir esta opción, está eligiendo que Boston Mutual Life Insurance Company pague el monto. Recibirá un ingreso mensual por hasta 20 años. Pagaremos un ingreso una vez al mes por la cantidad de años elegidos y el primer pago comenzará un mes después de la fecha de la opción de pago. Haga un círculo en la cantidad de años que desea recibir este ingreso mensual. El ingreso mensual será el monto del pago por cada \$ 1,000 del monto a pagar junto a la cantidad de años elegidos. Pagaremos intereses sobre el monto que nos queda a nosotros a una tasa de al menos 2 ½% anual.

## PAGO MENSUAL POR CADA \$ 1,000 DEL MONTO A PAGAR

AÑOS	PAGO	AÑOS	PAGO
1	84.28	11	8.64
2	42.66	12	8.02
3	28.79	13	7.49
4	21.86	14	7.03
5	17.70	15	6.64
6	14.93	16	6.30
7	12.95	17	6.00
8	11.47	18	5.73
9	10.32	19	5.49
10	9.39	20	5.27

- ☐ **Ingreso por intereses.** Al elegir esta opción, está eligiendo dejar que Boston Mutual Life Insurance Company pague el monto. Pagaremos intereses sobre el monto restante depositado a una tasa de al menos 2 ½% por año. Los intereses se pagarán una vez al año y el primer pago se emitirá un año después de la fecha de opción de pago. Usted puede elegir la cantidad de años, hasta 15 años, para recibir los ingresos por intereses. El beneficiario puede retirar todo o unaparte del monto a pagar en cualquier momento, pero no puede retirar ningún monto si quedan solamente \$ 1,000 en la cuenta. En este caso, el beneficiario debe retirar el monto total. Indique la cantidad de años \_\_\_\_\_.
- ☐ **Suma a pagar como ingreso mensual de un monto fijo.** Al elegir esta opción, elige que Boston Mutual Life Insurance Company pague el monto y elige, sujeto a nuestro consentimiento, el monto de ingreso mensual que recibirá. Los pagos mensuales deben ser de al menos \$ 5.00 por cada \$ 1000 de la suma a pagar. El primer pago comenzará a partir de la fecha de la opción de pago. Acreditaremos intereses sobre el saldo de la suma a pagar restante en la cuenta. Este interés será una tasa de al menos 2 ½% al año, compuesto una vez al año. El pago durará hasta alcanzar la suma a pagar, y cuando se agote el interés.

Fecha

X

Firma del beneficiario

Nombre en letra de imprenta

Nombre del Asegurado

\* Los intereses devengados sobre la suma pagadera restante en Boston Mutual Life Insurance Company pueden estar sujetos a impuestos. Consulte a su asesor tributario \*

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN



## Boston Mutual Life Insurance Company

(En lo sucesivo también expresado como "nosotros", "nos", «nuestro/a»)

FAMILY MATTERS. NO MATTER WHAT.®

### PROTECCIÓN DE SU INFORMACIÓN

Para proteger su información personal no pública, mantenemos: salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento.

### RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

Recopilamos información sobre usted para realizar negocios. Tales usos son: procesar solicitudes de productos de seguros, proporcionar servicio al cliente, procesar reclamaciones, cumplir con requisitos legales y regulatorios y con otros fines legales. Recopilamos esta información de usted, así como de otras fuentes. Restringimos el acceso a su información a aquellos que trabajan en nuestro nombre, que necesitan conocerla para poder brindarle productos y servicios. Les exigimos que mantengan la información de manera segura y confidencial.

► **La información que recopilamos puede incluir toda la información que comparte con nosotros, incluso, por ejemplo:**

- su nombre
- su dirección
- su número de teléfono
- su fecha de nacimiento
- su número de seguro social o identificación tributaria
- el nombre de su empleador e ingresos
- los datos del beneficiario
- los números de sus cuentas financieras
- información de su salud
- y otra información que comparta con nosotros

► **También podemos recopilar datos que recibimos de otras fuentes, según lo permitido por la ley, que pueden incluir:**

- información de salud
- información de informes del consumidor conforme a la Ley de Informes de Crédito Justos
- información de participantes de las organizaciones que compran productos o servicios nuestros en beneficio de sus miembros o empleados, como el seguro grupal
- información para ayudarnos a cumplir con las leyes estatales y federales

### INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

No compartimos información sobre nuestros clientes o antiguos clientes con nadie, excepto según lo permitido o requerido por la ley.

► **Podemos compartir su información con terceros sin su autorización según lo permitido por la ley. Dicha información es utilizada en nuestro nombre por terceros para:**

- procesar o llevar a cabo sus transacciones de seguro con nosotros
- realizar la suscripción, mantenimiento de cuentas, administración y funciones de reclamaciones
- brindar servicio al cliente o cobertura de reaseguro
- prevenir el fraude
- realizar otras funciones comerciales en nuestro nombre

► **También podemos compartir su información con:**

- una agencia de informes del consumidor de acuerdo con la Ley de Informes de Crédito Justos
- un tercero para cumplir con las leyes, citaciones federales, estatales o locales
- órganos reguladores
- o según lo permitido o requerido por la ley.

Los terceros que reciben información de nosotros están obligados a: mantener la confidencialidad y cumplir con todas las leyes de privacidad federales y estatales aplicables.

### ACCESO A LA INFORMACIÓN QUE TENEMOS SOBRE USTED EN NUESTROS REGISTROS

Tiene derecho a solicitar acceso a toda la información que tenemos sobre usted. Debe realizar su solicitud por escrito a la dirección que figura a continuación.

### ENMIENDAS A SU INFORMACIÓN

Tiene derecho a solicitar una enmienda, corrección o eliminación de la información que tenemos sobre usted y que cree que puede ser inexacta. No estamos obligados a actualizar sus datos en función de su solicitud. Debe realizar la solicitud por escrito e indicar los motivos por los que solicita el cambio. Escribanos a la dirección que aparece abajo.

Si tiene preguntas sobre este aviso o desea obtener más información sobre nuestras políticas de privacidad, escribanos a:

**Boston Mutual Life Insurance Company**

Attention: Privacy Office

120 Royall Street • Canton, MA 02021



## AVISOS DE ADVERTENCIA DE FRAUDE – Para uso con formularios de reclamaciones

### LEA EL AVISO DE ADVERTENCIA DE FRAUDE DE SU ESTADO

**ALABAMA:** Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede ser objeto de restitución, multas o reclusión en prisión, o cualquier combinación de ambos.

**ALASKA:** Una persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contiene información falsa, incompleta o engañosa, puede ser procesada por la ley estatal.

**ARIZONA:** Para su protección, la ley de Arizona requiere que figure la siguiente declaración en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida, está sujeta a sanciones penales y civiles.

**ARKANSAS:** Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

**CALIFORNIA:** Para su protección, la ley de California requiere que figure lo siguiente en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en la prisión estatal.

**COLORADO:** Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o solicitante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o solicitante, con respecto a un acuerdo o premio pagadero de los ingresos del seguro, se informará a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias reguladoras.

**DELAWARE:** Cualquier persona que a sabiendas, y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

**DISTRITO DE COLUMBIA: ADVERTENCIA:** Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada sustancialmente con una reclamación.

**FLORIDA:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.

**IDAHO:** Cualquier persona que a sabiendas, y con la intención de defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

**INDIANA:** Una persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, comete un delito grave.

**KENTUCKY:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier material de hecho, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito.

**LOUISIANA:** Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

**MAINE:** Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o denegación de los beneficios del seguro.

**MARYLAND:** Cualquier persona que, a sabiendas o intencionalmente, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas o intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

**MINNESOTA:** Una persona que presente una reclamación con la intención de defraudar o ayuda a cometer un fraude contra una aseguradora, es culpable de un delito.

**NEW HAMPSHIRE:** Cualquier persona que, con el propósito de perjudicar, defraudar o perjudicar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a un proceso judicial y castigo por fraude de seguros, según lo dispuesto en Ann. §638:20 de los estatutos revisados de New Hampshire.

*ver al dorso*



## **AVISOS DE ADVERTENCIA DE FRAUDE – Para uso con formularios de reclamación (cont.)**

### **LEA EL AVISO DE ADVERTENCIA DE FRAUDE DE SU ESTADO**

**NUEVA JERSEY:** Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

**NUEVO MÉXICO:** CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O A SABIENDAS PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

**NUEVA YORK:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro de declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier material de hecho a este respecto, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también estará sujeto a una multa civil que no excederá de cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada violación.

**OHIO:** Cualquier persona que, con la intención de defraudar o, sabiendo que está haciendo posible un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude de seguros.

**OKLAHOMA: ADVERTENCIA:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, haga una reclamación por los ingresos de una póliza de seguro, que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

**OREGON:** Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa puede ser culpable de fraude de seguros.

**PENNSYLVANIA:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier material de hecho, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

**PUERTO RICO:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude o provoque la presentación de una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave y, después de la condena, será sancionado por cada violación con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$ 5,000) y no más de diez mil dólares (\$ 10,000), o una pena de prisión de tres (3) años, o ambas penalidades. Si existen circunstancias agravantes, la sanción así establecida puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años: si existen circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

**RHODE ISLAND:** Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

**TENNESSEE:** Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro.

**TEXAS:** Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en la prisión estatal.

**VIRGINIA:** CUALQUIER PERSONA QUE, CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O, SABIENDO QUE ESTÁ FACILITANDO UN FRAUDE CONTRA UNA ASEGURADORA, PRESENTE UNA SOLICITUD O PRESENTE UNA RECLAMACIÓN QUE CONTenga UNA DECLARACIÓN FALSA O ENGAÑOSA, PUEDE HABER VIOLADO LA LEY ESTATAL.

**WASHINGTON:** Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios del seguro.

**WEST VIRGINIA:** Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

**TODOS LOS DEMÁS ESTADOS:** Cualquier persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier material de hecho, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.