

En nombre de American Income Life Insurance Company, extendemos nuestras más profundas condolencias por la pérdida de su ser querido. Estamos aquí para ayudarle en el proceso de reclamación durante este momento difícil.

## Pasos para Presentar su Reclamación

### 1. Lea la Advertencia de Fraude para Reclamaciones

Antes de completar y firmar este formulario de reclamación, lea atentamente la Advertencia sobre el Fraude de Reclamaciones (págs. 8–9) del estado en el que se emitió la póliza y el estado donde reside.

### 2. Complete el Formulario de Reclamación del Seguro de Vida

- **Declaración del Reclamante (págs. 2–3)**

- Beneficiarios Adicionales, si corresponde (p. 4)

Para reclamaciones inferiores a \$50,000:

- **Autorización de Depósito Directo (EFT, por sus siglas en inglés) (p. 5)**

**Nota:** Las reclamaciones mayores a \$50,000 o que no tengan una opción de pago seleccionada se pagarán con cheque.

Si la póliza tiene menos de 2 años, complete también:

- **Autorización para la Divulgación de la Información de Salud del Difunto de Conformidad con HIPAA (p. 6)**
- **Declaración del Proveedor Médico (p. 7)**

### 3. Reunir los Documentos Requeridos

- **Certificado de Defunción:**

- Para reclamaciones de hasta \$50,000: Una copia del certificado de defunción con la causa y la forma de la muerte.
- Para reclamaciones superiores a \$50,000: Un certificado de defunción *certificado* (con sello en relieve o de color) con la causa y la forma de la muerte. Se puede aceptar una copia si proviene directamente de una funeraria, una compañía de financiamiento, un agente o un abogado.

- **Documentación de asignación de la funeraria:** si firmó un documento con una funeraria que nos autoriza a realizar un pago directamente a ellos, proporcione una copia de ese documento.

- **Para reclamaciones por muerte accidental y reclamaciones en a que la forma de muerte es homicidio:** proporcione documentos adicionales, como informes de autopsia y toxicología, registros de ambulancias, informes policiales y artículos periodísticos fechados.

- **Poder Notarial:** si tiene un Poder Notarial Duradero, Tutela o Curaduría, proporcione una copia de los documentos con su nombramiento como representante del beneficiario.

- **Certificado de nombramiento del tribunal:** si los ingresos pueden ser pagaderos a un patrimonio, proporcione una orden judicial que lo designe como Albacea o Administrador del patrimonio. Si no tiene una orden judicial, envíe información sobre los familiares.

### 4. Devuelva el Formulario de Reclamación Llenado y Documentos Adicionales

Correo a:

**AIL Life Claims Department**  
PO Box 2500 | Waco, TX 76702

-O-

Envíe un correo electrónico a:

**CL@AILife.com**

-O-

Envíe un Fax a:

**254-741-5705**

#### ¿Necesita ayuda?

Nuestro equipo de soporte especializado está aquí para ayudarle.  
Llámenos al **800-433-3405** para cualquier pregunta u orientación para presentar su reclamación.

## Declaración del Reclamante

Antes de completar y firmar este formulario de reclamación, lea atentamente la Advertencia sobre el Fraude de Reclamaciones (págs. 8–9) del estado en el que se emitió la póliza y el estado donde reside.

### Información de la Póliza

Número(s) de Póliza para esta reclamación (escriba todos, separándolos con una coma)

¿Alguna póliza tiene menos de dos años? (en caso negativo, complete las páginas 2–4 solamente; en caso afirmativo, complete adicionalmente las páginas 6–7)

No Sí

### Sobre el Difunto

Nombre Completo del Difunto (en letra de molde)

¿El difunto tenía algún otro nombre? (en caso afirmativo, mencione todos los nombres correspondientes: por ejemplo, nombre de soltera, nombre con guión, apodo, etc.)

No Sí

Dirección de Residencia del Asegurado Difunto al momento de su Muerte (dirección, ciudad, estado, código postal)

Número de Seguridad Social	Fecha de Nacimiento / /	Fecha de Muerte / /	Sindicato/Local o Lugar de Trabajo, si corresponde
----------------------------	----------------------------	------------------------	---

Causa de Muerte (seleccione una opción)

Accidente\*      Cáncer      Enfermedad Cardíaca      Homicidio\*      Enfermedad Respiratoria  
Suicidio por      Desconocida -O- Indeterminada      Otra \_\_\_\_\_

\*Si la muerte fue declarada un accidente u homicidio, adjunte la autopsia, la toxicología, los informes policiales, una copia del informe del forense y copias de artículos periodísticos fechados, según corresponda.

### Acerca del Beneficiario/Reclamante

Nombre Completo del Beneficiario (en letra de molde)	Fecha de Nacimiento / /	Edad**	
Relación con el Difunto	Número de Seguridad Social	Número de Teléfono	Correo Electrónico

Dirección (dirección, ciudad, estado, código postal)

\*\*Si el beneficiario anterior es un menor de edad, proporcione una copia de su certificado de nacimiento y toda documentación relacionada con la custodia.

La Declaración del Reclamante continúa en la Página 3

## Declaración del Reclamante Continúa

### Certificación

#### Usted certifica lo siguiente al firmar este documento:

- Toda la información que ha proporcionado es verdadera, completa y precisa a su leal saber y entender.
- En caso de que le paguemos en exceso, nos reservamos el derecho de reclamar el monto total que pagamos en exceso. Los ejemplos de cuándo podemos reclamar el pago en exceso incluyen, entre otros: (i) si descubrimos que le hemos pagado un monto mayor al que tiene derecho en su reclamación de seguro de vida, o (ii) si el pago estaba destinado a otra persona pero se le pagó a usted. Usted acepta reembolsarnos el monto que pagamos en exceso. Si no nos realiza el reembolso, comprende que podríamos tomar medidas, incluidas, entre otras, acciones legales para recuperar el pago en exceso en su totalidad.
- Usted ha leído y entendido cabalmente las Advertencias sobre el Fraude de Reclamaciones (págs. 8–9) incluidas en este formulario.

#### Certificación Fiscal: solo EE.UU.

Si no completa esta sección, puede estar sujeto a una retención de respaldo.

#### Bajo pena de perjurio, certifico que:

(i) Que el número que se muestra como mi Número de Seguro Social en la sección "Acerca del Beneficiario/ Reclamante" en la página anterior es mi número de identificación del contribuyente correcto, y; (ii) Que no estoy sujeto a la retención de respaldo porque: (a) estoy exento de la retención de respaldo, o (b) el Servicio de Impuestos Internos (IRS) no me ha notificado que estoy sujeto a la retención de respaldo como resultado de no informar todos los intereses o dividendos, o (c) el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a la retención de respaldo, y; (iii) Soy ciudadano estadounidense, extranjero residente, u otra persona\*, y; (iv) no estoy sujeto a los informes de FATCA porque soy una persona de EE. UU.\* y la cuenta se encuentra dentro de los Estados Unidos.

**Tenga en cuenta:** si el Servicio de Impuestos Internos (IRS) le ha notificado que actualmente está sujeto a una retención de respaldo porque no informó todos los ingresos por intereses o dividendos en su declaración de impuestos, debe tachar el punto (ii) anterior.

#### Marque esta casilla si el IRS le ha notificado que está sujeto a una retención de respaldo.

El IRS no requiere su consentimiento para ninguna disposición de este documento que no sean los certificados requeridos para evitar la retención de respaldo.

\*Si no es ciudadano de los EE. UU., extranjero residente en los EE. UU., u otra persona de los EE. UU. para efectos fiscales, complete y envíe el formulario W-8BEN (para personas físicas) o W-8BEN-E (para organizaciones).

---

Firma del Beneficiario

---

Fecha de la Firma

## Beneficiario Adicional

Antes de completar y firmar este formulario de reclamación, lea atentamente la Advertencia sobre el Fraude de Reclamaciones (págs. 8–9) del estado en el que se emitió la póliza y el estado donde reside.

Número(s) de Póliza para esta reclamación (escriba todos, separándolos con una coma)

Nombre Completo del Beneficiario (en letra de molde)		Fecha de Nacimiento / /	Edad*
Relación con el Difunto	Número de Seguridad Social	Número de Teléfono	Correo Electrónico
Dirección (dirección, ciudad, estado, código postal)			

\* Si el beneficiario anterior es un menor de edad, proporcione una copia de su certificado de nacimiento y toda documentación relacionada con la custodia.

### Certificación

#### Usted certifica lo siguiente al firmar este documento:

- Toda la información que ha proporcionado es verdadera, completa y precisa a su leal saber y entender.
- En caso de que le paguemos en exceso, nos reservamos el derecho de reclamar el monto total que pagamos en exceso. Los ejemplos de cuándo podemos reclamar el pago en exceso incluyen, entre otros: (i) si descubrimos que le hemos pagado un monto mayor al que tiene derecho en su reclamación de seguro de vida, o (ii) si el pago estaba destinado a otra persona pero se le pagó a usted. Usted acepta reembolsarnos el monto que pagamos en exceso. Si no nos realiza el reembolso, comprende que podríamos tomar medidas, incluidas, entre otras, acciones legales para recuperar el pago en exceso en su totalidad.
- Usted ha leído y entendido cabalmente las Advertencias sobre el Fraude de Reclamaciones (págs. 8–9) incluidas en este formulario.

#### Certificación Fiscal: solo EE.UU.

Si no completa esta sección, puede estar sujeto a una retención de respaldo.

#### Bajo pena de perjurio, certifico que:

(i) Que el número que aparece como mi Número de Seguro Social en la sección "Beneficiario Adicional" anterior es mi número de identificación de contribuyente correcto, y; (ii) que no estoy sujeto a la retención de respaldo porque: (a) estoy exento de la retención de respaldo, o (b) no he sido notificado por el Servicio de Impuestos Internos (IRS) que estoy sujeto a la retención de respaldo por no informar todos los intereses o dividendos, o (c) el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a la retención de respaldo, y; (iii) soy ciudadano estadounidense, extranjero residente, u otra persona estadounidense\*\*, y; (iv) no estoy sujeto a los informes de FATCA porque soy una persona estadounidense\*\* y la cuenta se encuentra dentro de los Estados Unidos.

**Tenga en cuenta:** si el Servicio de Impuestos Internos (IRS) le ha notificado que actualmente está sujeto a una retención de respaldo porque no informó todos los ingresos por intereses o dividendos en su declaración de impuestos, debe tachar el punto (ii) anterior.

#### Marque esta casilla si el IRS le ha notificado que está sujeto a una retención de respaldo.

El IRS no requiere su consentimiento para ninguna disposición de este documento que no sean los certificados requeridos para evitar la retención de respaldo.

\*\*Si no es ciudadano de los EE. UU., extranjero residente en los EE. UU., u otra persona de los EE. UU. para efectos fiscales, complete y envíe el formulario W-8BEN (para personas físicas) o W-8BEN-E (para organizaciones).

Firma del Beneficiario

Fecha de la Firma

## Autorización de Depósito Directo (Transferencia Electrónica de Fondos o EFT)

Si su reclamaciones es **inferior a \$50,000**, puede optar por recibir los ingresos de su seguro de vida mediante cheque o depósito directo. Para que su(s) pago(s) de reclamaciones de seguro de vida se envíe(n) directamente a su cuenta bancaria a través de Depósito Directo (Transferencia Electrónica de Fondos o EFT), proporcione la siguiente información.

Para reclamaciones de **\$50,000 o más**, el pago se realizará solo con cheque.

Al elegir Depósito Directo, usted acepta y entiende que:

- Todos los pagos así realizados liberarán a American Income Life Insurance Company (AIL) en cuanto a los pagos;
- Todos los pagos de reclamaciones se realizarán a través de Depósito Directo, ya sea que envíe reclamaciones electrónicamente o por correo;
- Si no podemos enviar su(s) pago(s) a través de Depósito Directo a la cuenta bancaria proporcionada, le enviaremos un cheque a la dirección registrada; y
- Recibirá correspondencia relacionada con la reclamación, como la Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés), por correo.

Por favor, indique su opción de liquidación a continuación

Cheque

Depósito Directo

Nombre del Titular de la Cuenta (*tal como aparece en su cuenta bancaria*)

Tipo de Cuenta	Número de Cuenta	Número de Ruta
Cuenta corriente Caja de ahorros		

Nombre del Banco

Al firmar a continuación, autorizo a AIL a iniciar operaciones de crédito al Banco indicado por el Número de Tránsito en este formulario. Si es necesario, también autorizo operaciones de débito y ajustes en las operaciones de crédito por error en mi cuenta indicada en este formulario. Esta autoridad debe permanecer en pleno vigor y efecto hasta que AIL haya recibido una notificación por escrito de mi parte de su terminación. La notificación por escrito debe ser en el tiempo y de la manera que permita a AIL y al Banco un tiempo razonable para actuar en consecuencia.

Firma del Beneficiario

Fecha de la Firma

## Autorización para la Liberación de la Información de Salud del Fallecido de conformidad con HIPAA. Todos los campos de este formulario son obligatorios.

Nombre Completo del Fallecido (en letra de molde)	Fecha de Nacimiento / /	Número de Seguridad Social
---	----------------------------	----------------------------

Número(s) de Póliza para esta reclamación (escriba todos, separándolos con una coma)

Dirección de Residencia del Asegurado Fallecido al momento de su Muerte (dirección, ciudad, estado, código postal)

Nombre Completo de la Persona que Firma (en letra de molde)

Autorizo a cualquier plan de salud, médico, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, administrador de beneficios de farmacia, centro médico, otra compañía de seguros, agencia de informes del consumidor, MIB, Inc. u otro proveedor de atención médica que haya proporcionado pago, tratamiento o servicios al fallecido ("Proveedores") para divulgar el registro médico completo del Asegurado y cualquier otra información de salud protegida relacionada con el Asegurado a American Income Life Insurance Company (AIL) y sus agentes, empleados y proveedores de servicios. Esta información médica o de salud puede incluir información sobre el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales, alcohol y consumo de drogas. Esto también puede incluir información sobre el diagnóstico, el tratamiento y los resultados de los análisis relacionados con el VIH, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual, a menos que sea restringida por la ley estatal.

Con mi firma a continuación, reconozco que todo acuerdo que haya hecho para restringir la información médica protegida del Asegurado no aplica a esta autorización y doy indicaciones para que cualquier médico, profesional de la salud, hospital, clínica, centro médico u otro proveedor de atención médica pueda revelar y divulgar todo mi historial médico sin restricciones.

Esta información médica protegida se divulgará bajo esta Autorización para que AIL pueda: (i) suscribir la solicitud para cobertura, elegibilidad, calificación de riesgo, emisión de póliza y determinaciones de inscripción; (ii) obtener un reaseguro; (iii) administrar reclamaciones y determinar o cumplir con la responsabilidad de la cobertura y la provisión de beneficios; (iv) administrar la cobertura; y/o (v) realizar otras actividades legalmente permitidas relacionadas con cualquier cobertura con AIL.

Esta autorización permanecerá vigente durante 24 meses a partir de la fecha de mi firma a continuación, y una copia de esta autorización es tan válida como el original. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, en cualquier momento, enviando una solicitud por escrito de revocación a AIL con atención al Departamento de Suscripciones en la dirección arriba mencionada. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que cualquiera de los Proveedores del Asegurado se haya basado en esta Autorización, y que, en la medida en que AIL tenga el derecho legal de impugnar una reclamación en virtud de una póliza de seguro o de impugnar la póliza en sí, dicha revocación puede impedir que AIL complete su revisión de las reclamaciones de la póliza. Dicha revocación no aplicará a ningún uso o divulgación de la información médica protegida específicamente permitida sin la autorización de HIPAA y ninguna acción relacionada con esta autorización se interpretará como la creación de alguna restricción en los usos que permite el HIPAA sin mi autorización. Entiendo que cualquier información que se divulgue de conformidad con esta autorización puede ser revelada nuevamente y ya no estaría cubierta por las leyes federales que regulan la privacidad y confidencialidad de la información médica.

Entiendo que los Proveedores del Asegurado no pueden negarse a proporcionar un tratamiento o el pago por servicios de atención médica si me niego a firmar esta autorización. Además, entiendo que si me niego a firmar esta autorización para divulgar mi expediente médico completo, es posible que AIL no pueda procesar mi solicitud o, si se ha emitido la cobertura, no pueda procesar las reclamaciones de la póliza.

Reconozco que he recibido una copia de esta autorización.

Nombre y dirección a quien se enviará esta información:

**American Income Life Insurance Company | AIL Life Claims Department**  
PO Box 2500 | Waco, TX 76702

**IMPORTANTE** (seleccione una de las siguientes afirmaciones):

**Soy beneficiario. Proporcione la relación con el asegurado (Obligatorio):** \_\_\_\_\_

**Soy tutor legal, apoderado designado, tutor y he adjuntado una copia del documento que me otorga autoridad.**

**Soy el Administrador / Albacea del Patrimonio y he adjuntado Cartas Testamentarias ordenadas por el tribunal, documentos del Albacea del Patrimonio, u otra documentación legal.**

**No hay un Administrador/Albacea designado por el tribunal y yo soy el pariente más cercano.**  
**Proporcione la relación con el asegurado (Obligatorio):** \_\_\_\_\_

Firma

Fecha de la Firma

## Declaración del Proveedor Médico

Esta declaración debe ser completada por el Proveedor Médico del Fallecido.

Antes de completar y firmar este formulario de reclamación, lea atentamente la Advertencia sobre el Fraude de Reclamaciones (págs. 8–9) del estado en el que se emitió la póliza y el estado donde reside.

Nombre Completo del Fallecido <i>(en letra de molde)</i>		Fecha de Nacimiento / /	Edad
Nombre del Proveedor Médico <i>(en letra de molde)</i>	Número de Teléfono	Número de Fax	
Dirección del Proveedor Médico <i>(dirección, ciudad, estado, código postal)</i>			

## Historial Médico

- ¿Era usted el proveedor médico tratante del fallecido? **No** **Sí** *(en caso afirmativo, incluir especialidad y duración de la atención):*
- ¿Cuándo se le diagnosticó al fallecido la enfermedad o discapacidad que causó la muerte?
- ¿El fallecido alguna vez fue tratado por abuso de drogas o alcohol? **No** **Sí** *(en caso afirmativo, proporcione la duración del tratamiento e información detallada sobre la(s) ubicación(es):*
- ¿El fallecido tenía alguna discapacidad? **No** **Sí** *(en caso afirmativo, especifique el tipo y la duración):*

5. ¿Padeció el fallecido alguna otra afección médica o discapacidad(es) significativa(s)? <b>No</b> <b>Sí</b> <i>(en caso afirmativo, especifique las afecciones y la duración):</i>	Enfermedad/Discapacidad	Duración

6. ¿El fallecido fue hospitalizado en los últimos tres años? **No** **Sí** *(en caso afirmativo, proporcione el nombre, la dirección y la duración del tratamiento del (de los) hospital(es):*

7. Mencione todos los profesionales de la salud que trataron al fallecido en los últimos cinco años (nombre, especialidad y dirección):

<b>Firma del Proveedor Médico</b>	<b>Fecha de la Firma</b>
-----------------------------------	--------------------------

## Advertencias sobre el Fraude de Reclamaciones

**Antes de completar y firmar este formulario de reclamación, lea atentamente la Advertencia sobre el Fraude de Reclamaciones del estado en el que se emitió la póliza y el estado donde reside.**

**Alabama:** Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o un beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas de restitución o confinamiento en prisión, o cualquier combinación de los mismos.

**Alaska:** Una persona que a sabiendas y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presenta una reclamación que contiene información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada bajo la ley estatal.

**ARIZONA:** Para protección de usted, la ley de Arizona exige que la siguiente declaración aparezca 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, Louisiana, Massachusetts, Rhode Island y West Virginia:** Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta 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 sujeto a multas y confinamiento en prisión.

**California:** Para su protección, la ley de California requiere que aparezca lo siguiente en este formulario: CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE INFORMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA OBTENER O ENMENDAR LA COBERTURA DEL SEGURO O PARA HACER UNA RECLAMACIÓN DEL PAGO DE UNA PÉRDIDA ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS Y CONFINAMIENTO EN LA PRISIÓN ESTATAL.

**Colorado:** Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporciona información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o reclamante con el fin de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante respecto a un acuerdo o una adjudicación a pagar de los beneficios del seguro deberán ser reportados a la División de Seguros de Colorado en el Departamento de las Agencias Reguladoras.

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

**District of 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 negar los beneficios del seguro, si el solicitante proporcionó información falsa relacionada con una reclamación.

**Florida:** Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una 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.

**Hawaii:** Para la protección de usted, la ley de Hawaii requiere que se le informe que cualquier persona que presente una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio es culpable de un delito punible con multas o prisión, o ambos.

**Idaho:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, 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 la intención de defraudar a una aseguradora presenta 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 u otra persona presente una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material comete un acto fraudulento de seguro, lo que es un delito.

## Advertencias sobre el Fraude de Reclamaciones Continúa

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

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

**Minnesota:** Una persona que presenta 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 lesionar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a enjuiciamiento y castigo por fraude de seguros, según lo dispuesto en NH RSA § 638:20.

**New Jersey:** Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamaciones que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

**New Mexico:** CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTE 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 CIVILES Y SANCIONES PENALES.

**New York:** Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información esencialmente falsa, o con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, lo cual es un delito, y también estará sujeto a una sanción civil que no excederá los 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 facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o solicite una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa puede ser culpable de fraude de seguros.

**Oklahoma:** ADVERTENCIA: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, haga cualquier reclamaciones 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 a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta 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 sujeto a multas y confinamiento en prisión.

**Pennsylvania:** Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa, u oculte con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual es un delito, y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

**Tennessee, Virginia y 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 negación de beneficios del 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 sujeto a multas y reclusión en una prisión estatal.

**Todos los demás estados:** Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material comete un acto fraudulento de seguro, lo cual es un delito.