

En caso de existir una disputa, predominarán las disposiciones de la versión aprobada en inglés del formulario. Se entregará una copia de la versión en inglés cuando se solicite. (In the event of a dispute, the provision of the approved English version of the form will control. A copy of the English is available upon request.)

### INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR COBERTURA

*Lea el(los) aviso(s) sobre las prácticas de información en la página 7. Cuando se requiera una Evidencia de Asegurabilidad o una prueba de buena salud para solicitar la cobertura, se debe presentar un formulario individual para cada solicitante (empleado, cónyuge y/o hijo). Llene todos los apartados, coloque la fecha y firme en el espacio que se encuentra en la parte inferior de la página 5. Guarde una copia para sus registros y envíe el original a Standard Insurance Company a la dirección indicada anteriormente.*

### INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre de grupo <b>Indiana University</b>		N.º de grupo <b>135262</b>	¿Quién lo solicita? <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo
Nombre del empleado		Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Puesto	Salario	Fecha de contratación	Número de identificación del empleado

### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (persona a asegurar)

Nombre del solicitante			Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	Lugar de nacimiento	Teléfono	Correo electrónico	
Dirección postal		Ciudad	Estado/provincia	Código postal
Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal				

### INFORMACIÓN DE LA COBERTURA

**Marque la cobertura del seguro que está solicitando.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Seguro de Vida Complementario | <input type="checkbox"/> Seguro por Incapacidad de Largo Plazo   |
| <input type="checkbox"/> Un salario                    | <input type="checkbox"/> Opción A: Periodo de espera de subsidios de 180 días  |
| <input type="checkbox"/> Dos salarios                  | <input type="checkbox"/> Opción B: Periodo de espera de subsidios de 90 días   |
| <input type="checkbox"/> Tres salarios                 | <input type="checkbox"/> Opción C: Periodo de espera de subsidios de 180 días y subsidio de la prima mensual de la anualidad |
| <input type="checkbox"/> Cuatro salarios               | <input type="checkbox"/> Opción D: Periodo de espera de subsidios de 90 días y subsidio de la prima mensual de la anualidad  |

### INFORMACIÓN DEL MÉDICO

¿Tiene un médico o centro médico que pueda proporcionar registros de salud si es necesario? ☐ Sí ☐ No

Nombre completo del médico y/o nombre de la clínica			
Dirección	Ciudad	Estado/provincia	Código postal
Número de teléfono	Fecha de la última consulta		

Nombre del solicitante	Número de Seguro Social
------------------------	-------------------------

## PREGUNTAS SOBRE LA DECLARACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO

Llene la solicitud **ÚNICAMENTE para el hijo dependiente**

<p><b>1. Durante los últimos cinco años</b>, un profesional médico ha tratado, diagnosticado o recetado medicamento a su hijo dependiente por alguno de los siguientes motivos:</p> <p>¿Un trastorno de salud congénito (incluyendo defecto cardíaco, defecto del tubo neural, síndrome de Down, fibrosis quística, espina bífida, parálisis cerebral o distrofia muscular); retraso del desarrollo, trastorno cerebral o neurológico (incluyendo convulsiones); enfermedad cardíaca o circulatoria; enfermedad pulmonar crónica (no incluyendo asma); trastorno renal; diabetes; cáncer, malignidad, trastorno sanguíneo o de sangrado; trastorno de salud mental o abuso de sustancias; intento de suicidio; síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o anticuerpos del VIH; alguna afección no diagnosticada que requiera atención continua?.....</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

Llene la solicitud **para el empleado y el cónyuge dependiente**

Estatura	Peso
<p><b>1. Durante los últimos cinco años</b>, un profesional médico le ha tratado, diagnosticado o recetado medicamento por alguno de los siguientes motivos:</p> <p><b>A.</b> ¿Hepatitis B o C, enfermedad hepática, cirrosis, insuficiencia hepática, pancreatitis crónica, enfermedad inflamatoria intestinal (EII), enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa?.....</p> <p><b>B.</b> ¿Enfermedad renal crónica, insuficiencia renal o diálisis?.....</p> <p><b>C.</b> ¿Derrame cerebral, accidente isquémico transitorio (AIT), distrofia muscular (DM), esclerosis múltiple (EM), esclerosis lateral amiotrófica (ELA), demencia, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson o enfermedad de Huntington?.....</p> <p><b>D.</b> ¿Lupus sistémico, esclerodermia, enfermedad del tejido conectivo, enfermedad reumatológica o trastorno del sistema inmunitario (no relacionado con el VIH)?.....</p> <p><b>E.</b> ¿Cáncer o malignidad (<b>excluyendo</b> el carcinoma de células basales y el de células escamosas)?.....</p> <p><b>F.</b> ¿Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado con el SIDA (CRS) o anticuerpos del VIH?.....</p> <p><b>G.</b> ¿Enfermedad cardíaca, enfermedad de los vasos sanguíneos o las arterias, trastorno de las válvulas cardíacas, insuficiencia cardíaca, ataque cardíaco o cirugía de corazón?.....</p> <p><b>H.</b> ¿Enfermedad pulmonar (<b>excluyendo</b> el asma), insuficiencia pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquitis crónica o enfisema?.....</p> <p><b>I.</b> ¿Diabetes, prediabetes o glucosa alterada en ayunas?.....</p> <p><b>J.</b> ¿Trastorno sanguíneo, trastorno de la coagulación sanguínea o trastorno hemorrágico?.....</p> <p><b>K.</b> ¿Trastorno por abuso de sustancias o trastorno por consumo de alcohol (<b>excluyendo</b> el consumo de nicotina y tabaco)?.....</p> <p><b>L.</b> ¿Psicosis, esquizofrenia, trastorno bipolar, hospitalización psiquiátrica o intento de suicidio?.....</p>	

Nombre del solicitante	Número de Seguro Social
------------------------	-------------------------

PREGUNTAS SOBRE LA DECLARACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO, *continuación*

2. Durante los últimos tres años, un profesional médico le ha tratado, diagnosticado o recetado medicamento por alguno de los siguientes motivos **no enumerados anteriormente**:

A. ¿Enfermedad o trastorno del esófago, estómago, intestinos, vesícula biliar, páncreas, vejiga, próstata u órganos reproductores?..... ☐ Sí ☐ No

B. ¿Presión arterial alta, colesterol anormal o trastorno del ritmo cardíaco?..... ☐ Sí ☐ No

C. ¿Asma o apnea del sueño?..... ☐ Sí ☐ No

D. ¿Trastorno endocrino, de la tiroides o de las glándulas?..... ☐ Sí ☐ No

E. ¿Depresión, ansiedad o trastorno de estrés postraumático (TEPT)?..... ☐ Sí ☐ No

F. ¿Trastorno neurológico, de la visión o de la audición, parálisis, epilepsia o trastorno convulsivo?..... ☐ Sí ☐ No

G. ¿Alguna enfermedad, trastorno, lesión o cirugía de los músculos, huesos, articulaciones, cuello o espalda, incluyendo reemplazo articular, amputación, artritis, osteoporosis y gota?..... ☐ Sí ☐ No

H. ¿Síndrome de fatiga crónica, fibromialgia, síndrome de Guillain-Barré o dolor crónico?..... ☐ Sí ☐ No

3. ¿Está embarazada actualmente? ..... ☐ Sí ☐ No

4. ¿Tiene previsto visitar a un médico o profesional de la salud por una afección o procedimiento (pruebas, radiografías, escáneres, terapia o **cirugía**), **no enumerados anteriormente**?..... ☐ Sí ☐ No

Por favor, proporcione los detalles de la(s) respuesta(s) en la(s) que marcó “Sí” anteriormente

N.º de pregunta	Diagnóstico	Fecha de aparición (inicio)	Estado (en curso/ resuelto)	Fecha de resolución (fin)	Tratamiento	Médico tratante (nombre, dirección y número de teléfono)

Nombre del solicitante	Número de Seguro Social
------------------------	-------------------------

## CONFIRMACIÓN

- Confirmando que las declaraciones incluidas en la presente, incluso aquellas hechas en respuesta a las preguntas sobre la Declaración del historial médico y cualquier información complementaria, son verdaderas y completas a mi leal saber y entender, y entiendo que en ellas se basa toda la cobertura que yo reciba a través de la(s) Póliza(s) colectiva(s). **Entiendo que toda tergiversación u omisión de información que sea material para la emisión de cobertura puede usarse como causa de rescisión de mi seguro y/o rechazo del pago de reclamación.**
- Mientras esté pendiente mi solicitud de inscripción, acepto informar a Standard Insurance Company (The Standard) sobre cualquier cambio en mi estado de salud. Acepto que, si mi solicitud es aprobada por The Standard, la fecha de entrada en vigencia de cualquier cobertura será determinada de conformidad con los términos de la(s) Póliza(s) colectiva(s); incluyendo cualquier requisito de trabajo activo pertinente. Entiendo que, si mi solicitud es aprobada, las primas se pagarán de acuerdo a las cláusulas de la(s) Póliza(s) colectiva(s), y mi cobertura estará sujeta a los términos y condiciones de la(s) Póliza(s) colectiva(s) y las limitaciones del estado. Acepto que si mi solicitud es rechazada, la responsabilidad de The Standard se limita a devolver cualquier prima que se haya pagado.
- Para el empleado: Si actualmente cuento con una designación de beneficiario para mi Seguro de Vida y/o Fideicomiso del Seguro de Vida registrada con el administrador de mi plan, entiendo que la(s) designación(es) registrada(s) también se aplicará(n) a cualquier cantidad aprobada. Si no tengo ninguna designación de beneficiario(s) registrada o deseo cambiar el nombre del (los) beneficiario(s) actual(es), me comunicaré con el administrador de mi plan
- Entiendo que el Seguro para el Cónyuge u otro Dependiente, si los hubiera, son pagaderos al empleado si está vivo o según lo estipulado bajo los términos de la(s) Póliza(s) colectiva(s).
- Al firmar en la página 5, reconozco que he leído esta sección de Confirmación.

Nombre del solicitante	Número de Seguro Social
------------------------	-------------------------

## AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN

AUTORIZO A LAS SIGUIENTES PERSONAS que tengan cualquier registro o información acerca de mí o de mi salud:

- Cualquier médico, profesional médico, proveedor de atención médica, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, administrador de beneficios de farmacia, plan de salud u otra instalación médica o relacionada con la medicina; cualquier compañía de seguros o reaseguros, u organización de apoyo a seguros; cualquier agencia de información crediticia del consumidor; cualquier tercero que preste un servicio para nosotros en relación con su(s) solicitud(es); cualquier organización que posea información sobre su salud; el Departamento de Vehículos Motorizados (Department of Motor Vehicles (DMV, por sus siglas en inglés)); y la MIB, LLC.

PARA BRINDAR ESTA INFORMACIÓN:

- 1) Todo mi registro médico y cualquier otra información médica protegida, incluyendo gráficos, notas, informes quirúrgicos, registros de laboratorio, de medicamentos y recetas, mi historial médico, consultas, tratamientos, beneficios y puntuación de riesgo a la salud o análisis de salud. Esto incluye información sobre cualquier trastorno del sistema inmunitario, incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) u otros síndromes o complejos relacionados, y cualquier trastorno o enfermedad contagiosa o de transmisión sexual. También incluye información sobre el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales y el consumo de alcohol, drogas y tabaco, pero excluye las notas de psicoterapia.
- 2) Información no médica sobre mí, que incluyen, pero no se limitan a: Informes sobre automóviles, actividad delictiva, información sobre puntuación crediticia o historial crediticio, información recopilada por un dispositivo de tecnología vestible, evaluaciones de riesgo o puntuaciones de riesgo realizadas por terceros.

A STANDARD INSURANCE COMPANY, A SUS REASEGURADORES Y A LOS REPRESENTANTES QUE PRESTAN SERVICIOS EN SU NOMBRE ("THE STANDARD")

- Con mi firma, reconozco que cualquier acuerdo que haya hecho para restringir mi información médica protegida no tiene validez para esta autorización, e instruyo a cualquiera de los mencionados anteriormente a divulgar y revelar mis registros médicos completos sin restricciones.
- Entiendo que The Standard utilizará la información para determinar mi derecho de participación en la cobertura del Seguro Colectivo y para fines de investigación interna y análisis comercial. Entiendo que The Standard puede divulgar información sobre mí a terceros, la cual sea necesaria para identificarme y proporcionar la información solicitada sobre mí. Entiendo que The Standard puede divulgar información que tenga sobre mí a sus reaseguradoras y a terceros que presten servicios comerciales o legales a The Standard en relación con mi solicitud. Entiendo que The Standard puede divulgar información que tenga sobre mí a la MIB con el propósito de informar al servicio de intercambio de información de la MIB, y así mismo, para que la MIB pueda auditar los informes de The Standard. Entiendo que The Standard puede divulgar información que tenga sobre mí a otras compañías de seguros a las cuales he solicitado cobertura del seguro.
- Entiendo que la información divulgada a The Standard de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación con mi autorización o según lo permita la ley. Las coberturas del Seguro de Vida y el Seguro por Incapacidad no están sujetas a la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, por sus siglas en inglés)), y por lo tanto, la divulgación de información a The Standard no está protegida por la Ley.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Esta autorización será válida durante 12 meses a partir de la fecha que se encuentra en la firma en la parte de abajo. Una fotocopia o fax de esta autorización tendrá la misma validez que la original.
- Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. Además, entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento enviando una declaración por escrito a Standard Insurance Company, excepto en la medida en la que se haya utilizado para divulgar los registros solicitados. Entiendo que la revocación de la autorización o el hecho de no firmarla, pueden limitar la capacidad de The Standard de evaluar o tramitar mi solicitud, y podría ser la causa de que se rechace mi solicitud para la cobertura del seguro.
- Reconozco que he leído esta Autorización para utilizar y divulgar información así como el Aviso de fraude que aparece en la página 8, y estoy de acuerdo con esta autorización. Además, que he hecho una copia de esta Declaración del historial médico, incluyendo esta Autorización para utilizar y divulgar información.

Firma del solicitante (o empleado para el hijo dependiente)	Fecha
---	-------

Nombre del solicitante	Número de Seguro Social
------------------------	-------------------------

## AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN (continuación)

¿Podemos comunicarnos con usted de forma electrónica?

☐ No ☐ Sí, por correo electrónico dirigido a (dirección de correo electrónico autorizada):

Si decide comunicarse de forma electrónica, debe tener en cuenta que las comunicaciones electrónicas no son seguras a menos que estén encriptadas. Es muy recomendable que utilice comunicaciones encriptadas cuando envíe información sensible y/o confidencial. Al enviar mensajes electrónicos sensibles o confidenciales que no estén encriptados, usted acepta los riesgos de falta de seguridad y el posible riesgo para su confidencialidad. Si elige comunicarse desde la computadora de su trabajo, debe tener en cuenta que su empleador y sus agentes pueden tener acceso a las comunicaciones electrónicas entre usted y The Standard.

Asegúrese de que su computadora tenga la versión más reciente de Adobe Reader para poder comunicarse a través de correo electrónico sin complicaciones. Añada nuestra dirección de correo electrónico a su lista de contactos y a la lista de direcciones aprobadas de su servidor de correo electrónico o filtro de spam. Si no ve ningún mensaje nuestro en su bandeja de entrada, revise las carpetas de spam o correo no deseado. Puede elegir cancelar las comunicaciones electrónicas en cualquier momento revocando esta autorización por escrito. Si ya no desea comunicarse de forma electrónica, nos comunicaremos con usted mediante el correo postal de los Estados Unidos. Si necesita copias físicas de cualquier comunicación que le hayamos enviado por correo electrónico, puede comunicarse con nosotros llamando al 1-800-843-7979. Las copias físicas de las comunicaciones electrónicas no tienen ningún costo.

AUTORIZACIÓN: Puedo revocar o actualizar esta autorización por escrito en cualquier momento o mediante un correo electrónico enviado a MUSC@standard.com. The Standard puede basarse en la información que proporcione (para la adjudicación de mi solicitud) como resultado de esta autorización hasta que reciba mi notificación de revocación. Esta autorización es válida durante dos (2) años. Puedo solicitar una copia de esta autorización, la cual es tan válida como el original.

*Aviso: Los rechazos tampoco afectan a las cantidades de emisión garantizada ni a los sujetos a la Evidencia de Asegurabilidad ni a otras coberturas vigentes con Standard Insurance Company.*

Nombre del solicitante	Número de Seguro Social
------------------------	-------------------------

## AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN

- **LA INFORMACIÓN QUE RECOPIAMOS:** Para poder determinar su derecho de participación para el Seguro Colectivo, es posible que solicitemos información sobre usted a otras personas y organizaciones. Por ejemplo, podemos solicitar información a su médico u hospital, administrador de beneficios de farmacia y medicamentos recetados, cámaras de compensación de atención médica, otras compañías de seguros o administradores de planes de beneficios, agencias de información al consumidor, cualquier organización que posea información sobre usted o su salud, el DMV, organizaciones de apoyo a los seguros o la MIB, LLC (MIB), y terceros que presten servicios en nuestro nombre. Podemos recurrir a terceros para que recopilen información sobre usted en nuestro nombre y también podemos obtener evaluaciones o puntuaciones de riesgo realizadas por terceros. Estas evaluaciones o puntuaciones pueden basarse en modelos o algoritmos de análisis de datos. Utilizaremos la autorización que ha firmado en este formulario cuando busquemos la información mencionada anteriormente. Podemos utilizar la información recopilada sobre usted para nuestra investigación y análisis internos.
- **MIB:** La información con relación a su asegurabilidad será tratada como confidencial. No obstante, The Standard o sus reaseguradoras pueden presentar un breve informe al respecto a la MIB, una organización sin fines de lucro de compañías de seguros que se encarga del intercambio de información en nombre de sus empleados. Si usted solicita a otra compañía empleada de la MIB una cobertura del Seguro médico o de vida (incluyendo el Seguro por Incapacidad de Corto Plazo y el de Largo Plazo), o si se presenta una reclamación de subsidios a dicha compañía, la MIB, mediante una solicitud previa, proporcionará a dicha compañía la información que está en su registro.  
  
Cuando reciba una solicitud suya, la MIB se encargará de divulgar cualquier información que pueda tener en su expediente. Por favor, comuníquese con la MIB al 866-692-6901. Si usted cuestiona la precisión de la información contenida en el expediente de la MIB, puede comunicarse con ellos y solicitar una corrección de acuerdo con los procedimientos establecidos en la Ley Federal de Informe Justo de Crédito. La dirección de la oficina de información de la MIB es: 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, Massachusetts 02184-8734. Los consumidores pueden obtener información sobre la MIB en su sitio web en [www.mib.com](http://www.mib.com).
- **DIVULGACIÓN A TERCEROS:** La información recopilada sobre usted es confidencial. No divulgaremos información sobre usted sin su autorización, excepto en la medida en que lo exija o permita la ley. The Standard puede divulgar información sobre usted a sus reaseguradoras, y The Standard, o sus reaseguradoras, pueden divulgar la información que tengan sobre usted a otras compañías de seguros a las que usted pueda solicitar un Seguro médico o de vida (incluyendo el Seguro por Incapacidad de Corto Plazo y el de Largo Plazo), o a las que se pueda presentar una reclamación de subsidios. The Standard puede divulgar información sobre usted a terceros, la cual sea necesaria para identificarlo, para que puedan proporcionarnos la información solicitada. The Standard también puede proporcionar información a terceros para servicios comerciales o legales relacionados con su solicitud y para fines de análisis de datos, modelos o algoritmos de terceros que ayuden a evaluar nuestro riesgo de seguros.
- **SUS DERECHOS:** Tiene derecho a saber qué información tenemos sobre usted en nuestro expediente del seguro. También tiene derecho a pedirnos que corrijamos cualquier información que considere incorrecta. Revisaremos cuidadosamente su solicitud y haremos los cambios que se justifiquen. Si desea obtener más información sobre este derecho o sobre nuestras prácticas de información, por favor, escríbanos a Medical Underwriting, The Standard, 900 SW Fifth Avenue, Portland, Oregon 97204 o llame al 1-800-843-7979.
- Al firmar en la página 5, reconozco que he leído este aviso sobre las prácticas de información.



Nombre del solicitante	Número de Seguro Social
------------------------	-------------------------

## AVISO DE FRAUDE

- **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 estar sujeta a multas de restitución o confinamiento en prisión, o a alguna combinación de estos.
- **ARKANSAS, LOUISIANA, RHODE ISLAND, 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 confinamiento en prisión.
- **CALIFORNIA:** Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario: Toda persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura del seguro o para presentar una reclamación por el pago de una pérdida es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.
- **COLORADO:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o datos 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 la póliza o al reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o al reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagadera de los beneficios del seguro será reportado a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.
- **DISTRITO DE COLUMBIA: ADVERTENCIA:** Es un delito el proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de cometer fraude 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 con la 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.
- **KENTUCKY:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga datos materialmente falsos, o que, con el propósito de engañar, oculte información referente a cualquier material factual a tal efecto, estará cometiendo fraude de seguros, lo cual constituye un delito.
- **MAINE, TENNESSEE, WASHINGTON:** Se considera un delito presentar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a dicha compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o denegación de los beneficios del seguro.
- **MARYLAND:** Cualquier persona que, a sabiendas y deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que, a sabiendas y deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.
- **NEW JERSEY:** Cualquier persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud para una póliza de seguro estará sujeta a sanciones penales y civiles.
- **NEW MEXICO:** 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 civiles y sanciones penales.
- **NEW YORK:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga datos materialmente falsos, o que, con el propósito de engañar, oculte información referente a cualquier material factual a tal efecto, estará cometiendo fraude de seguros, lo cual constituye un delito, y también estará sujeto a una multa civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción.
- **OHIO:** Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando 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 dañar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente alguna reclamación para los beneficios de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.



Nombre del solicitante	Número de Seguro Social
------------------------	-------------------------

## AVISO DE FRAUDE

- PENNSYLVANIA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga datos materialmente falsos, o que, con el propósito de engañar, oculte información referente a cualquier material factual a tal efecto, estará cometiendo fraude de seguros, lo cual constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.
- PUERTO RICO: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude o propicie 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 delito grave y, al imponerse la condena, será sancionada por cada infracción con una multa no menor a cinco mil dólares (\$5,000) ni mayor a diez mil dólares (\$10,000), o será encarcelada por un periodo determinado de tres (3) años, o ambas sanciones. En caso de que existan circunstancias agravantes, la sanción establecida puede aumentar hasta un máximo de cinco (5) años; si se dan circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.
- VIRGINIA: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, puede haber infringido la ley estatal.