

## Guía para completar correctamente el formulario de solicitud de continuidad de vida a un plazo determinado de Mutual of Omaha

Mutual of Omaha aprecia la oportunidad de brindarle una protección de seguro de vida valiosa para usted o para sus seres queridos. Para poder procesar eficazmente su solicitud de seguro de vida según el plan de continuidad de vida a un plazo determinado, confiamos en la información que usted proporciona en el presente formulario.

Esta guía ofrece información e instrucciones para ayudarlo a completar y enviar el formulario correctamente. Consulte a su empleador o administrador de beneficios si necesita ayuda con la información para el formulario.

### Acerca del formulario

El formulario de continuidad de vida mejorada a un plazo determinado es una solicitud de seguro conforme al plan de continuidad de vida a un plazo determinado de Mutual of Omaha. El seguro en virtud del presente plan se encuentra disponible para empleados o miembros (en lo sucesivo denominados como "miembros") o dependientes admisibles cuando finaliza el seguro que ofrece un empleado o grupo de conformidad con el plan de seguro de vida a plazo determinado del grupo de Mutual of Omaha (tanto voluntario como básico).

Un formulario completo y firmado con el pago de la prima inicial DEBE enviarse a Mutual of Omaha dentro de los 60 días después de que el seguro haya terminado según el plan de grupo para que se considere su solicitud. Todas las secciones del formulario deben completarse. Asegúrese de entregar todos los documentos requeridos y responder a todas las preguntas de forma completa y precisa. Si falta información o es ilegible (imposible de leer), el procesamiento del formulario se demorará. Comuníquese con el empleador o administrador de beneficios para determinar o confirmar la información según sea necesario.

Consulte las guías de cada sección que figuran a continuación, que proporcionan información valiosa para ayudarlo a completar correctamente el formulario.

#### Sección 1: Información sobre el empleador o grupo

Indique el nombre y el número de identificación del empleador o grupo. El número contendrá ocho caracteres, comenzando con "G000" seguido de cuatro letras o números adicionales específicos del empleador o grupo. Asimismo, se debe incluir la fecha original de contratación o de asociación del miembro.

#### Sección 2: Información del solicitante

Proporcione toda la información requerida del solicitante. Si el miembro reúne todos los requisitos para la continuidad del seguro, el miembro debe ser el solicitante y elegir un seguro para que los dependientes sean admisibles. Si no reúne dichos requisitos para continuar, el cónyuge (en caso de divorcio o muerte del empleado, por ejemplo) puede ser el solicitante y obtener el seguro de vida a un plazo determinado para sí mismo y sus dependientes.

Con el fin de calificar para el seguro, el solicitante debe tener 70\* años o menos. El seguro, en virtud del plan de continuidad, finaliza a los 70\* años.

Para garantizar que cualquier comunicación adicional con respecto a su solicitud se produzca lo más rápido posible, marque la casilla para permitir que se reciban futuros mensajes por correo electrónico.

#### Section 3: Información del dependiente

Para poder acceder a la continuidad del seguro de vida a un plazo determinado, los dependientes deben haber estado asegurados según el plan de grupo el día anterior al día en que cesó la cobertura del plan. Si el miembro es admisible para la continuidad del seguro, debe elegir uno para que los dependientes reúnan los requisitos necesarios.

#### Sección 3: Información del dependiente (continuación)

Asimismo, el cónyuge debe tener 70\* años o menos y los hijos 26\* o menos para tener derecho al seguro. El seguro del cónyuge según el plan de continuidad termina a los 70\* años, y el seguro de los hijos finaliza a los 26\*.

Si el solicitante es un cónyuge, no brinde información sobre este último en esta sección.

#### Sección 4: Montos de seguro de vida a un plazo determinado actuales y admisibles para la continuidad

Para el solicitante y los dependientes admisibles, brinde los montos de seguro de vida a plazo determinado que cuenten con los siguientes requisitos:

- Se encuentren en vigor en el momento en que cesó la cobertura del plan de grupo; y
- Sean admisibles para la continuidad† (el contrato de cobertura contenía una disposición de continuidad).

Estos son los montos máximos de cobertura que pueden solicitarse en el plan de continuidad.

†Es posible que haya tenido un seguro de vida colectivo conforme a un plan de seguro de vida a un plazo determinado y voluntario, un plan de seguro de vida básico, o ambos, del grupo. Cualquier plan debe incluir una disposición de continuidad para el seguro disponible para usted en virtud del plan para que sea prolongable. Es posible que el seguro que tenía según el plan de seguro de vida a un plazo determinado y voluntario se pueda continuar, pero, por ejemplo, el seguro con el que contaba conforme a un plan de seguro de vida básico no es prolongable. Consulte el contrato de cada plan o con el empleador o administrador de beneficios para determinar si la continuidad se encuentra disponible.

**IMPORTANTE:** Si se ha recibido un pago de beneficios en vida, la continuación de la portabilidad no está disponible.

## Sección 5: Tarifas mensuales cada \$1000 de seguro

Estas son las tarifas mensuales cada \$1000 de seguro que se aplican según el plan de continuidad de vida a plazo determinado.

Las tarifas del miembro y del cónyuge están divididas por edades, lo que significa que la prima del seguro del miembro y del cónyuge se calculan en función de la edad, a medida que el miembro o el cónyuge envejecen y avanzan al siguiente rango etario, las primas del seguro aumentarán como consecuencia. El pago de la prima inicial se basa en la edad actual del miembro o del cónyuge. La tarifa por hijo no varía según la edad.

Si el seguro de vida a un plazo determinado que haya ofrecido el grupo incluía una cláusula de seguro por defunción y desmembramiento accidental (AD&D), usted también califica para continuar dicho seguro en un monto igual al del seguro de vida continuado, si así lo desea. Esta tarifa es la misma para el miembro, el cónyuge y los hijos, y no varía según la edad.

Las tarifas indicadas en la sección 5 aplican para la sección 6 para determinar la prima del seguro según el plan de continuidad.

## Sección 6: Elección del seguro de continuidad y cálculo del pago de la prima inicial

Para completar la elección del seguro y el cálculo del pago de la prima inicial, se debe indicar el tipo de seguro solicitado, luego se deben calcular los montos de las primas para cada individuo para el cual se solicita el seguro continuado y se debe seleccionar un medio de facturación.

Primero, seleccione el tipo de seguro solicitado, ya sea "Solo seguro de vida" o "Seguro de vida y AD&D". Si el seguro de vida a un plazo determinado que el grupo haya ofrecido incluía una cláusula adicional de seguro de defunción y desmembramiento (AD&D), usted también reúne los requisitos para obtener un seguro de AD&D por un monto igual al monto de seguro de vida continuado, si así lo desea.

A continuación, para completar esta sección, haga lo siguiente:

(1) Indique el nombre de cada persona para la que se solicita el seguro continuado.

(2) Indique el monto del seguro que cada individuo solicita (redondeado a los \$1000 más cercanos), con sujeción a lo siguiente:

- El monto del seguro para cada individuo debe ser menor o igual al monto del seguro que el individuo tenía cuando este cesó según el plan colectivo, sin exceder \$500 000. Los montos máximos equivalen a los montos actuales del seguro que se indican en la sección 4.
- El monto del seguro para el empleado debe ser de \$10 000 o mayor. El monto del seguro para el cónyuge debe ser \$5000 o superior, y para los hijos, \$2000 o más.
- Si el solicitante es un empleado, los montos del seguro para el cónyuge y los hijos dependientes deben ser inferiores o iguales al 50 % del monto del seguro que el miembro haya solicitado.
- Los montos del seguro deben ser en incrementos de \$5000 para el miembro o el cónyuge. (Ejemplo: \$10 000 y \$25 000 son montos aceptables para el seguro, pero \$12 000 y \$27 000 no lo son). El monto del seguro para los hijos debe ser en incrementos de \$1000.

## Sección 6: Elección del seguro de continuidad y cálculo del pago de la prima inicial (continuación)

(3) Calcule el factor de cobertura para cada individuo, dividiendo su monto del seguro (2) por 1000. (Ejemplo: \$25 000/1000 = 25; 25 es el factor de cobertura).

(4) Inserte la tarifa mensual apropiada cada \$1000 de seguro para cada individuo, según la edad actual del miembro o cónyuge. Las tarifas se indican en la sección 5. Si usted solicita tanto el seguro de vida y el de AD&D, debe agregar la tarifa mensual de AD&D por \$1000 (\$0,060) a la tarifa mensual de vida por cada \$1000 para obtener la tarifa mensual apropiada por \$1000. (Ejemplo: la tarifa mensual apropiada por \$1000 para un solicitante de 34 años que exija la cobertura de vida y AD&D es de \$0,254 [\$0,194 por vida más \$0,060 por AD&D]).

(5) Calcule la prima mensual de cada individuo, multiplicando el factor de cobertura (3) por la tarifa mensual (4).

(6) Calcule la prima mensual total, sumando todas las cantidades de la columna de la prima mensual (5).

(7) Seleccione una periodicidad de facturación. Para pagar la prima cada 3 meses (trimestral), inserte un "3" en la columna (7). Para pagar la prima dos veces al año (semestral), inserte un "6" en la columna (7). Para pagar la prima anualmente, inserte un "12" en la columna (7).

(8) Calcule el pago de la prima inicial, multiplicando la prima mensual total (6) por la periodicidad de facturación (7).

## Sección 7: Beneficiario de beneficios por muerto

Debe designar un beneficiario para cualquier beneficio del seguro de vida en caso de su fallecimiento. Usted (el solicitante) es el beneficiario de cualquier seguro de vida para dependientes.

Si desea designar beneficiarios adicionales (más allá del espacio que permite el formulario), adjunte al formulario una hoja adicional que incluya la información solicitada.

## Sección 8: Reconocimiento y firma

Lea las declaraciones de esta sección. Si ha comprendido y las acepta, firme y coloque la fecha en el formulario para completarlo. Su firma lo vincula a las declaraciones de esta sección, y permite que Mutual of Omaha procese el formulario.

## Sección 9: Instrucciones

Siga estas instrucciones para asegurarse de presentar su solicitud y de que Mutual of Omaha la reciba correctamente. Asegúrese de incluir el número de identificación de grupo en cualquier pago y envíe el formulario de solicitud y el pago a Mutual of Omaha tan pronto como sea posible después de que su cobertura finalice según el plan colectivo.

Recuerde: para que lo consideren para la cobertura según el plan de continuidad de vida a un plazo determinado, se debe recibir su solicitud dentro de los 60 días de la fecha en que terminó la cobertura del plan colectivo.

\*Las edades a las que se hace referencia en las secciones 2 y 3 representan la edad alcanzada, que es la edad de cualquier individuo en la fecha del aniversario de la póliza, el 1 de octubre de un año determinado. Por ejemplo, supongamos que tiene 69 años el 1 de octubre de 2015. La edad alcanzada para el año de la póliza (1 de octubre de 2015-30 de septiembre de 2016) es 69, incluso si cumple 70 años en noviembre. En este ejemplo, usted reúne los requisitos para la cobertura de este plan hasta el 30 de septiembre de 2016.



Underwritten by  
 United of Omaha Life Insurance Company  
 A Mutual of Omaha Company

**Continuidad colectiva**  
 3300 Mutual of Omaha Plaza  
 Omaha, NE 68175-0001  
 Número gratuito (877) 466-8367

## Formulario de solicitud de continuidad de vida a un plazo determinado

Consulte la "Guía para completar correctamente el formulario de solicitud de continuidad de vida a un plazo determinado" al completar este formulario. Consulte al empleador o administrador de beneficios si necesita ayuda con la información del formulario.

### Sección 1: Información del grupo y fecha de contratación/asociación (Escriba con claridad. Los campos obligatorios están marcados con un asterisco [\*]).

Nombre del grupo/empleador\*      Número de ID colectivo\*      Fecha de contratación/asociación (DD/MM/AAAA)\*  
 G000 \_ \_ \_ \_

### Sección 2: Información del solicitante (Escriba con claridad. Los campos obligatorios están marcados con un asterisco [\*]).

Apellido\*      Nombre\*      Inicial segundo nombre

Domicilio\*      Correo electrónico

Ciudad\*      Estado\*      Código postal\*      Teléfono\*

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)\*†      Número de seguro social\*      Sexo\*  
 Femenino     Masculino

†El solicitante debe tener 70 años o menos para tener derecho al seguro.

#### Consentimiento para la comunicación por correo electrónico

Marque esta casilla si acepta recibir comunicados futuros sobre esta solicitud por correo electrónico.

#### Tipo de solicitante\*      Individuos para los que se solicita el seguro continuado\* (†Aplica a solicitantes que sean empleados/miembros)

Empleado/miembro       Yo     Yo, cónyuge e hijo†     Yo, cónyuge e hijo(s)†     Yo e hijo(s)

#### Motivo de la solicitud\*

Si es un solicitante empleado/miembro, indique por qué solicita el seguro y la fecha (DD/MM/AAAA) según lo solicitado a continuación:

Cambio de estado/reducción horaria     Empleo/asociación finalizada     Plan finalizado por el grupo/empleador     Jubilación del empleado/miembro  
 Fecha de cambio: \_\_\_\_\_    Fecha de finalización: \_\_\_\_\_    Fecha de finalización: \_\_\_\_\_    Fecha de jubilación: \_\_\_\_\_

Si usted es el cónyuge solicitante, indique por qué solicita el seguro y la fecha (DD/MM/AAAA) según lo solicitado a continuación:

Divorcio     Muerte del empleado/miembro     No aplica por edad del empleado/miembro     No aplica por la edad del empleado/miembro  
 Fecha de divorcio: \_\_\_\_\_    Fecha de defunción: \_\_\_\_\_    Fecha de inadmisibilidad: \_\_\_\_\_    Estado militar; fecha de inadmisibilidad: \_\_\_\_\_

### Sección 3: Información sobre los dependientes (Escriba con claridad. Todos los campos son obligatorios para cualquier dependiente que solicite un seguro)

Tipo de dependiente	Apellido	Nombre	Inicial segundo nombre	Fecha de nacimiento† (DD/MM/AAAA)	Sexo
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo					<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Hijo					<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Hijo					<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Hijo					<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Hijo					<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Hijo					<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino

†El cónyuge debe tener 70 años o menos y los hijos 26 o menos con el fin de reunir los requisitos para el seguro.

### Sección 4: Montos actuales de seguro de vida a un plazo determinado admisibles para tener continuidad (escriba con claridad).

	Solicitante*	Cónyuge (si corresponde)	Hijo(s) (si corresponde)
Monto admisible del seguro	\$	\$	\$

**Sección 5: Tarifas mensuales por cada \$1000 de seguro**

Tarifas para empleados/miembros y cónyuges											Tarifa por hijo
Edad	0 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	Todas las edades
Tarifa por edad	\$0,173	\$0,173	\$0,194	\$0,248	\$0,395	\$0,642	\$1,009	\$1,660	\$2,533	\$4,083	\$0,120
Tarifa de AD&D	\$0,060 (aplica al empleado/miembro, cónyuge e hijo para todas las edades)										

Las edades a las que se hace referencia en las secciones 2 y 3 representan la edad alcanzada, que es la edad de cualquier individuo en la fecha del aniversario de la póliza, el 1 de octubre de un año determinado. Por ejemplo, si suponemos que usted tiene 69 años el 1 de octubre de 2016, su edad alcanzada para el año de póliza (1 de octubre de 2015-30 de septiembre de 2016) es 69, aunque cumpla 70 años en noviembre. En este ejemplo, usted reúne los requisitos para el seguro según este plan hasta el 30 de septiembre de 2016.

**Sección 6: Elección de continuidad del seguro y cálculo del pago de la prima inicial**

Tipo de seguro solicitado

Solo seguro de vida     Seguro de vida y AD&D (Esta opción solo puede seleccionarse si había una cláusula adicional de AD&D disponible en el plan de grupo)

Cálculo del pago de la prima inicial

	(1) Nombre	(2) Monto del seguro	(3) Factor de cobertura (2) / 1,000	(4) Tarifa mensual Vida + AD&D si corresponde	(5) Prima mensual (3) X (4)	(6) Prima mensual total Suma de montos de columna (5)	(7) Frecuencia de facturación	(8) Pago de la prima inicial (6) X (7)
Solicitante						\$ _____	_____	\$ _____
Cónyuge								
Hijo								
Hijo								
Hijo								
Hijo								
Hijo								

**Sección 7: Beneficiario de las prestaciones por fallecimiento**

**Aviso importante:** Arizona, California, Idaho, Luisiana, Nevada, Nuevo México, Texas, Washington y Wisconsin son estados de bienes gananciales. Si usted vive en un estado de dicha clase de bienes y designa a alguien que no sea su cónyuge como beneficiario, la ley estadual requiere que su cónyuge preste su consentimiento para dicha designación. Si no obtiene el consentimiento de su cónyuge para la designación o designaciones anteriores, entonces dicha designación o designaciones pueden no ser válidas.

Si se nombra a más de un beneficiario, estos compartirán los beneficios por igual, a menos que se indique lo contrario a continuación. Si se indican los porcentajes de beneficios, estos deben sumar el 100 % para los beneficiarios principales y el 100 % para los beneficiarios secundarios. Salvo que se indique expresamente lo contrario siempre y cuando, en caso de que fallezca antes que yo cualquier beneficiario designado a continuación, la parte que dicho beneficiario habría recibido si hubiera sobrevivido se pagará por igual al beneficiario o beneficiarios restantes designados. Si no sobrevive ningún beneficiario designado, este se determinará según lo dispuesto en el/los contrato(s) de grupo.

Designación del beneficiario principal

Apellido	Nombre	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Dirección del beneficiario (Domicilio, ciudad, estado, código postal)	Beneficio en porcentaje (%)
Porcentaje total:					100%

Designación del beneficiario secundario

Apellido	Nombre	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Dirección del beneficiario (Domicilio, ciudad, estado, código postal)	Beneficio en porcentaje (%)
Porcentaje total:					100%

### Sección 8: Condiciones de elegibilidad:

Para acceder al seguro vitalicio, deber cumplir con las siguientes condiciones:

- No haber recibido ningún pago de beneficios en vida.

### Sección 9: Aceptación y firma

Comprendo que puedo solicitar un seguro según el plan de continuidad conforme a lo establecido a continuación:

- Comprendo que el presente seguro se encuentra sujeto a las normas de la póliza que rige el plan de continuidad.
- Entiendo que los individuos con cobertura para este plan deben cumplir con los requisitos con el fin de ser admisibles para los beneficios y que el pago de la prima no asegura la posibilidad de obtener el seguro. En caso de que se cobre alguna prima después de que cese dicha posibilidad para obtener el seguro de continuidad, entiendo que la prima no devengada se reembolsará de acuerdo con los términos de la póliza que rige el plan de continuidad.
- Mutual of Omaha debe recibir esta solicitud de seguro dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que el seguro cesó según el plan colectivo.
- Mi solicitud está sujeta a revisión y aceptación por parte de Mutual of Omaha.
- Los montos de las primas pueden aumentar si alguno de los individuos asegurados conforme al plan ingresa a una categoría de edad de prima más alta, o si la situación de continuidad del plan requiere un cambio para todos los individuos asegurados respecto al plan del grupo.

Al firmar a continuación, reconozco que comprendo y acepto las declaraciones mencionadas.

FIRMA DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Sección 10: Instrucciones

- 1) Envíe este formulario completo y firmado con el pago de la prima inicial a Mutual of Omaha lo antes posible después de que el seguro haya cesado según el plan colectivo. Mutual of Omaha debe recibir el formulario y el pago en el plazo de 60 días a partir de la fecha en que haya finalizado el seguro conforme al plan colectivo.
- 2) Emita el cheque o giro postal para el pago de la prima inicial a nombre de United of Omaha Life Insurance Company. Asegúrese de incluir el número de identificación de grupo (de la sección 1) en el pago.
- 3) Presente este formulario y el pago a:  
Mutual of Omaha  
Servicios para titulares de póliza  
Apartado de correos 2147  
Omaha, NE 68103-2147

Si tiene alguna consulta con respecto a este formulario, comuníquese con el empleador o administrador de beneficios, o llame al número gratuito de Mutual of Omaha, (877) 466-8367.

## Advertencias de fraude

Revise la advertencia de fraude específica para su lugar de residencia antes de firmar el formulario o solicitud adjunta.

**Todos los demás estados:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

**Alabama:** Cualquier persona que presente deliberadamente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y quedará sujeta a multas de restitución o encarcelamiento, o alguna combinación de estos.

**Arkansas/Maine/Ohio/Tennessee:** Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa será culpable de fraude de seguro.

**California:** Para su protección, el derecho de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario. Toda persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de un seguro o para presentar una reclamación por el pago de un siniestro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

**Colorado:** Es ilegal proporcionar deliberadamente información o datos falsos, incompletos o engañosos a una empresa de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a dicha empresa. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier empresa de seguros o agente de una empresa de seguros que deliberadamente proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o solicitante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al asegurado o solicitante con respecto a un acuerdo o indemnización pagadera del producto del seguro será denunciado ante la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias reguladoras.

**Distrito de Columbia:** Es 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 o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si un solicitante proporciona información falsa relacionada materialmente con un reclamo.

**Florida:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave del tercer grado.

**Kansas:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles determinadas por un tribunal de justicia.

**Kentucky:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito.

**Louisiana:** Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y quedará sujeta a multas y encarcelamiento.

**Maryland:** Cualquier persona que deliberada o conscientemente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberada o intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un delito y quedará sujeta a multas y encarcelamiento.

**Massachusetts/Vermont:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

**Nueva Jersey:** Cualquier persona que deliberadamente incluya información falsa o engañosa en una solicitud de seguro quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

**Nuevo México:** Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un crimen y quedará sujeta a multas civiles y sanciones penales.

**Nueva York:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también quedará sujeta a sanciones civiles que no excedan los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada una de esas infracciones.

**Carolina del Norte/Oregón:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

**Puerto Rico:** Cualquier persona que proporcione información oral o escrita, u ofrezca cualquier testimonio sobre acciones ilegales o inadecuadas que debido a su naturaleza constituyan acciones fraudulentas para las empresas aseguradoras, a sabiendas de que los datos son falsos, estará cometiendo un delito grave y, tras la condena, será sancionada por cada infracción con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5000) y no más de diez mil dólares (\$10 000) por cada infracción, o una pena fija de prisión por tres (3) años, o ambas penas. En caso de que existan circunstancias agravantes, la sanción así establecida podrá incrementarse hasta un máximo de cinco (5) años; si existen circunstancias atenuantes, podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.

**Rhode Island:** Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito, y quedará sujeta a multas y encarcelamiento.

**Virginia:** Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley estatal.

**Washington:** Es delito proporcionar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a una empresa de seguros con el fin de defraudar a dicha empresa. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de beneficios de seguro.