

Número de teléfono: (855) 649-9648

Fax: (877) 404-6457

Formulario de reclamación por incapacidad a largo plazo grupal

Enviar a Dearborn Life Insurance Company a:

Att. Departamento de reclamaciones
(Claim Department)
P.O. Box 7071
Downers Grove, IL 60515**NOTA:** Todas las porciones de este paquete de formularios deben completarse para evitar retrasos indebidos en el procesamiento de la solicitud de beneficios del reclamante.**AVISO DE RECLAMACIÓN - Instrucciones para el empleador**

Aproximadamente de 6 a 8 semanas antes del final del período de eliminación:

- A. complete el Informe de la reclamación del empleador en su totalidad;
- B. entregue el formulario de reclamación al reclamante para que lo complete; y
- C. solicite una copia de las resoluciones de otras fuentes de beneficios: Seguro Social, compensación por accidente laboral, jubilación, discapacidad del estado y otros.

Cuando el reclamante le devuelva el formulario:

- A. Adjunte:
 - Descripción del trabajo (deberes detallados)
 - Constancia de inscripción (solo para la cobertura contributiva)
 - Documentación de ingresos si no fuera salario directo
 - Si se presentó una reclamación de compensación por accidente de trabajo, incluya una copia del primer informe de accidente y la decisión
- B. Devuélvalo, junto con todos los anexos, a la Dearborn Life Insurance Company en la dirección indicada arriba.

SOLICITUD DE BENEFICIO POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD) - Instrucciones para el empleado

- A. Complete la declaración de reclamación de empleados en su totalidad y asegúrese de firmar la autorización. Esto permitirá que Dearborn Life Insurance Company o su representante obtengan información adicional si es necesario para tomar una decisión sobre su reclamación.
- B. Entregue este formulario al médico que lo trata. (Si le está tratando más de un médico, pídale formularios adicionales a su empleador.)

Cuando el médico le devuelva el formulario:

- A. adjunte una copia de las resoluciones del seguro social y otros derechos de ingreso; y
- B. regréselo a su empleador.

Autorización de transferencia electrónica de fondos (EFT)

Si usted es elegible para beneficios mensuales y desea recibir beneficios a través de depósito directo, complete el formulario adjunto y regréselo como se indica.

SOLICITUD DE BENEFICIO POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD) - Instrucciones para el médico

Tan pronto como el reclamante le entregue este formulario:

- A. complete la declaración del médico tratante en la página 4 del formulario en su totalidad; asegúrese de responder a cada pregunta. Si la respuesta es ninguna o si la pregunta no es aplicable, indíquelo.
- B. tan pronto como haya completado el formulario en su totalidad, fírmelo, coloque la fecha y regréselo al reclamante. Nuestra revisión oportuna de esta reclamación por beneficios por incapacidad depende de usted. Gracias por su pronta respuesta.

CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO O DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN SUSTANCIALMENTE FALSA O QUE OCULTE, CON EL PROPÓSITO DE INDUCIR A ERROR, LA INFORMACIÓN RELATIVA A UN HECHO SUSTANCIAL RELATIVO AL MISMO, COMETE UN ACTO DE FRAUDE DE SEGUROS, QUE CONSTITUYE UN DELITO, Y DICHA PERSONA QUEDA SUJETA A SANCIONES PENALES Y CIVILES. (No aplicable en Oregon o Virginia.)

Informe del empleador sobre la reclamación
A ser completado por el empleador

RECLAMANTE	1. Nombre (Apellido) (Nombre) (Inicial 2° nombre)			2. N.º del Seguro Social	3. Fecha de nacimiento	
	4. Dirección			Ciudad	Estado	Código postal
EMPLEO	5. Clase de seguro	6. Fecha de contratación del empleado		7. Fecha en la que el empleado quedó asegurado contra LTD	8. Última fecha en la que el empleado estuvo presente en el trabajo	
	9. Ocupación al último día trabajado (adjunte descripción de tareas)			10. Horario de trabajo el último día trabajado (adjunte descripción de tareas) Núm. de días por semana ____ Núm. de horas por día ____		
	11. Motivo del cese: Fecha _____ <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> LOA concedida <input type="checkbox"/> Despido por recorte <input type="checkbox"/> Renuncia <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Despido con causa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Vacaciones			12. ¿Ha vuelto a trabajar el empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió sí: <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> A tiempo completo Fecha _____ Fecha _____		
	13. Cómo se paga al empleado: <input type="checkbox"/> Salario directo <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Solo comisiones <input type="checkbox"/> Salario y comisión <input type="checkbox"/> Salario y bonificación			14. Ingreso mensual básico del empleado \$ _____ Beneficio LTD _____		
¿Contribuye el empleado a cubrir el costo de este seguro LTD: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "sí": <input type="checkbox"/> Pre-imp. <input type="checkbox"/> Post-imp. Si respondió «post-imp.»: ____% dólares de prima pagado por el empleador, ____% pagado por el reclamante. Vea la publicación del IRS 15-Guía de impuestos suplementarios del empleador, sección 6, cómo informar la remuneración por enfermedad y/o Determinación sobre Ingresos 2004-55 de IRS para más información sobre el cálculo del porcentaje gravable.						
OTROS BENEFICIOS	16. ¿Ha recibido el asegurado otros pagos por incapacidad desde el último momento trabajado?					
	Continuidad del salario: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto sem. \$ _____ Fecha de cese de beneficios _____		Incapacidad a corto plazo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto sem. \$ _____ Fecha de cese de beneficios _____		Licencia por enfermedad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto sem. \$ _____ Fecha de cese de beneficios _____	
JUBILACIÓN	17. ¿El reclamo fue resultado de la relación laboral?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explicar _____		18. ¿Se ha presentado reclamación de compensación por accidente laboral?: <input type="checkbox"/> Sí (incluya la copia del 1er informe del accidente) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> Negada (incluya la copia de la negación)		19. Compensación por accidente laboral Monto semanal: \$ _____	
	20. ¿Está el empleado cubierto por el plan de jubilación patrocinado por el empleador?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		21. ¿El plan de jubilación contiene una provisión por incapacidad?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
22. ¿El empleado es o será elegible para una pensión por incapacidad o jubilación?: <input type="checkbox"/> Sí Si respondió <input type="checkbox"/> Incapacidad Monto mensual \$ _____ (Incluya una copia de la descripción resumida del plan) <input type="checkbox"/> No Sí: <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Otro _____ Fecha de inicio de los beneficios _____						
NOTA: Si alguna parte de este beneficio de pensión es atribuible a la contribución del empleado, proporcione los detalles, incluido el porcentaje de su aporte a la contribución total.						
CERTIFICACIÓN	23. Nombre del empleador (asociación y tenedor de la póliza, si es otro)			24. Teléfono	25. N.º de póliza grupal	
	26. Dirección			Ciudad	Estado	Código postal
	27. N.º de identificación del empleador (contribuyente) (EIN) _____			29. Nombre de la persona que completa este formulario (letra imprenta)		
	28. Seguro Social del empleador público N.º 69 _____					
30. Firma del representante de seguro autorizado		Cargo	Fecha			

Declaración del empleado relativa a la reclamación A ser completado por el empleado

RECLAMANTE	1. Nombre (Apellido) (Nombre) (Inicial 2° nombre)		2. Nombre de soltera	3. Apodo	4. N.º del Seguro Social	
	5. Número de teléfono		6. Fecha de nacimiento	7. Altura pies - pulg.	8. Peso libras	
	9. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		10. Dirección			
	Ciudad	Estado	Código postal	11. Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado	12. Fecha de nacimiento del cónyuge Nombre de pila _____	13. ¿Está el cónyuge empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14. Número de hijos (menores de 19 años)			15. Indique nombres y fechas de nac. de hijos solteros en escuela secundaria			
EMPLEO	16. Nombre del empleador			17. N.º de póliza grupal		
	18. Ocupación (indique las tareas correspondientes a su ocupación al momento de la incapacidad)					
	19. Fecha del accidente o primeros síntomas de enfermedad		20. No puedo trabajar por la incapacidad desde		21. Regresé a trabajar a tiempo parcial el	
22. Regresé a trabajar a tiempo completo el						
23. ¿Están su accidente o enfermedad relacionados con su ocupación?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique _____			24. ¿Ha presentado o planea presentar una reclamación de compensación por accidente laboral?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
HISTORIAL DE LA RECLAMACIÓN	26. Fecha en que fue tratado por primera vez por la enfermedad/lesión		27. Tratado por Hospital			
			Nombre		Domicilio	Ciudad
			Estado		Código postal	
	Médico		Nombre		Domicilio	Ciudad
Estado		Código postal				
28. ¿Ha tenido anteriormente la misma afección o una similar?		29. Tratado por Hospital				
		Nombre		Domicilio	Ciudad	
		Estado		Código postal		
Médico		Nombre		Domicilio	Ciudad	
Estado		Código postal				
OTROS INGRESOS	30. Describa otros ingresos que esté recibiendo					
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Seguro Social (incapacidad o jubilación)	\$	Monto	Fecha de inicio
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Incapacidad del estado	\$		Térm.
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Jubilación (normal, anticipada o incapacidad)	\$		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Compensación por accidente laboral	\$			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Beneficios por incapacidad grupal	\$			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Otros (describa)	\$			
31. ¿Ha solicitado o planea solicitar los beneficios arriba descritos?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Tipo _____		Fecha de presentación de la solicitud _____				
Tipo _____		Fecha de presentación de la solicitud _____				
32. Si se aprueba su solicitud de beneficios, ¿quiere que retengamos de cada beneficio los montos para el pago del impuesto federal sobre la renta?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió «Sí», complete y adjunte el formulario W4S del IRS.						
<p>AUTORIZACIÓN: Autorizo a cualquier profesional médico o proveedor, hospital, centro médico, clínica, farmacia, agencia gubernamental o compañía de seguros a revelar al Departamento de Reclamaciones, reaseguradoras o representantes autorizados la compañía de seguros de vida Dearborn Life Insurance Company (Dearborn) sobre mi historial médico o tratamiento y/o a proporcionar copias de mis registros de hospital y/o médicos, incluida información sobre consejos, atención o tratamiento para cualquier condición, incluido, entre otros, el uso o abuso de drogas o alcohol, enfermedad mental, VIH (virus del SIDA) u otras enfermedades de transmisión sexual. También autorizo a mi empleador a revelar toda la información necesaria para procesar mi reclamación.</p> <p>Esta autorización expira en la fecha en que se me notifique de la decisión final de la reclamación de Dearborn. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero dicha revocación no tendrá efecto sobre ninguna medida tomada por Dearborn antes de recibir la revocación. El receptor podrá a su vez divulgar la información provista de conformidad con esta autorización y es posible que deje de estar protegida por las regulaciones federales sobre privacidad (como la regla de privacidad de la HIPAA). Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original. Entiendo que debo conservar una copia de esta autorización y que mi representante personal o yo tenemos el derecho de obtener una copia de mi autorización Dearborn. Si mis respuestas acerca de esta reclamación son incorrectas o falsas, o si me niego a firmar esta autorización, Dearborn tiene derecho a rechazar mi reclamación.</p> <p>Firma del empleado _____ Fecha _____</p>						

1. Nombre (Apellido)		(Nombre)	(Inicial 2° nombre)	Fecha de nacimiento	*Envíe la cuenta para los expedientes con este reclamo.
[]		[]	[]	[]	
ANTECEDENTES	(a) ¿Cuándo aparecieron los síntomas por primera vez u ocurrió el accidente?	(b) Fecha en la que el paciente dejó de trabajar por incapacidad	(c) ¿El paciente tuvo alguna vez la misma afección o una similar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, indique cuándo y describa		
	[]	[]			
DIAGNÓSTICO	(d) ¿La condición se debe a una lesión o enfermedad derivada del empleo del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce		(e) Nombres y direcciones de otros médicos tratantes		
	[]		[]		
TRATAMIENTO	(a) Diagnóstico (incluidas complicaciones) Envíe todas las notas de consultorio con respecto a esta condición*		(b) Síntomas subjetivos		
	[]		[]		
EVOLUCIÓN	(a) Fecha de la primera visita		(b) Fecha de la última visita	(c) Frecuencia <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otra _____	
	[]		[]		
CARDÍACO	(d) Naturaleza del tratamiento (incluida cirugía y los medicamentos recetados, si los hubiere)				
	[]				
DETERIORO	(a) El paciente <input type="checkbox"/> se recuperó <input type="checkbox"/> mejoró <input type="checkbox"/> no presenta cambios <input type="checkbox"/> empeoró		(b) El paciente <input type="checkbox"/> es ambulatorio <input type="checkbox"/> está confinado en su casa <input type="checkbox"/> postrado en cama <input type="checkbox"/> internado		
	[]		[]		
PRONÓSTICO	(c) ¿Ha estado internado el paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Internado desde _____ hasta _____ Si respondió que sí, indique nombre y dirección del hospital.				
	[]				
REHABILITACIÓN	(a) Capacidad funcional (Asoc. Americana del Corazón) <input type="checkbox"/> Clase 1 (sin limitaciones) <input type="checkbox"/> Clase 2 (limitación leve) <input type="checkbox"/> Clase 3 (limitación grave) <input type="checkbox"/> Clase 4 (limitación completa)		(b) Presión arterial (última visita) _____ sistólica/diastólica		
	[]		[]		
OBSERVACIONES	(a) Deterioro físico (*según la definición del Diccionario federal de títulos ocupacionales) <input type="checkbox"/> Clase 1 - ninguna limitación de la capacidad funcional; apto para trabajo pesado * ninguna restricción (0-10%) <input type="checkbox"/> Clase 2 - actividad manual media* (15-30%) <input type="checkbox"/> Clase 3 - limitación leve de la capacidad funcional; apto para trabajo liviano * (35-55%) <input type="checkbox"/> Clase 4 - limitación moderada de la capacidad funcional; apto para actividades administrativas (sedentarias*) (60-70%) <input type="checkbox"/> Clase 5 - limitación grave de la capacidad funcional; no apto para actividades mínimas (sedentarias*) (75-100%) Observaciones _____				
	(b) impedimentos mentales (si corresponde) (a) Defina «estrés» tal como se aplica a este reclamante. (b) ¿Qué estrés y problemas en las relaciones interpersonales ha padecido el reclamante en el trabajo? <input type="checkbox"/> Clase 1 - el paciente puede funcionar bajo estrés y entablar relaciones interpersonales (sin limitaciones) <input type="checkbox"/> Clase 2 - el paciente puede funcionar en la mayoría de las situaciones de estrés y entablar la mayoría de las relaciones interpersonales (limitaciones leves) <input type="checkbox"/> Clase 3 - el paciente solo puede participar en situaciones de estrés limitado y solo puede entablar relaciones interpersonales limitadas (limitaciones moderadas) <input type="checkbox"/> Clase 4 - el paciente no puede participar en situaciones de estrés o entablar relaciones interpersonales (limitaciones marcadas) <input type="checkbox"/> Clase 5 - el paciente tiene pérdida significativa de ajuste psicológico, fisiológico, personal y social (limitaciones graves) Observaciones _____				
OBSERVACIONES	(a) ¿El paciente es ahora totalmente incapaz? Trabajo del paciente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cualquier otro trabajo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		(b) Fecha en la que el paciente se incapacitó debido a la enfermedad actual		
	[]		[]		
OBSERVACIONES	(c) ¿Cuándo prevé usted un cambio fundamental o marcado en el futuro?: <input type="checkbox"/> 1 mes <input type="checkbox"/> 1-3 meses <input type="checkbox"/> 3-6 meses <input type="checkbox"/> nunca Se aplica a: <input type="checkbox"/> trabajo del paciente <input type="checkbox"/> otro trabajo				
	[]				
OBSERVACIONES	(a) ¿El paciente es un candidato apto para rehabilitación ocupacional?		Trabajo del paciente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cualquier otro trabajo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		(b) ¿Puede modificarse el trabajo actual de modo que lo pueda realizar con el impedimento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	[]		[]		[]
OBSERVACIONES	(c) ¿Cuándo podría iniciarse el empleo de prueba? Fecha _____ <input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial Trabajo del paciente				
	[]				
OBSERVACIONES	(Limitaciones, terapia, etc.)				
	[]				
Nombre (médico tratante) (Apellido)		(Nombre de pila)	Título	Teléfono Fax	
[]		[]	[]	[]	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	
[]		[]	[]	[]	
Firma				Fecha	
[]				[]	

Número de teléfono: (855) 649-9648

Fax: (877) 404-6457

 Nuevo depósito directo Cancelar depósito directo Cambiar al depósito directo actual**Completar con letra de imprenta**

Nombre:	N.º del Seguro Social:	Número de reclamación si se conoce:
---------	------------------------	-------------------------------------

Complete la sección de información sobre la cuenta corriente o la sección de información sobre la caja de ahorros/
cooperativas de ahorro y crédito.Usted puede indicar **solo una cuenta**.**Información de cuenta corriente**

Obtenga esta información directamente de la parte inferior de su cheque o de su institución financiera.

Nombre de la entidad financiera:	
Dirección de la entidad financiera:	
Número de ruta (primer número en la parte inferior izquierda del cheque):	Número de cuenta (segundo número en la parte inferior del cheque):

Información sobre caja de ahorros/ cooperativa de ahorro y crédito

Obtenga esta información de su institución financiera.

La información en su recibo de depósito **no** es aplicable para este fin.

Nombre de la entidad financiera:	
Dirección de la entidad financiera:	
Número de ruta (primer número en la parte inferior izquierda del cheque):	Número de cuenta (segundo número en la parte inferior del cheque):

Autorización

Por la presente autorizo a la compañía a iniciar las entradas de crédito y, si es necesario, a efectuar las entradas de débito y ajustes de los créditos que se realicen por error en mi cuenta, en la institución financiera indicada. La institución financiera está autorizada por mí para debitar de mi cuenta o acreditar en la misma los importes correspondientes a esas entradas.

Esta autorización seguirá vigente hasta que la compañía sea notificada por escrito por mí de su cancelación en un plazo y forma tales que den a la compañía tiempo razonable para darle cumplimiento.

Firma:	Fecha:
--------	--------

Mail to:

Dearborn Life Insurance Company
P.O. Box 7071,
Downers Grove, IL 60515

Las leyes de algunos estados nos exigen que le proporcionemos el siguiente aviso:**PARA SOLICITUDES Y RECLAMOS:**

Alabama: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio; o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución y confinamiento en prisión, o una combinación de ambos.

California: Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o enmendar la cobertura del seguro o para hacer un reclamo por el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar, con pleno conocimiento, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros, con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación de seguro y responsabilidad civil. Toda compañía de seguros o representante de una compañía de seguros que, con pleno conocimiento, proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un titular de la póliza o a una persona que presente un reclamo, con el fin de defraudar o intentar defraudar a dicha persona con respecto a un pago o una suma de dinero pagadera como resultado de la recaudación del seguro, se denunciará ante la división de seguros de Colorado, en el departamento de agencias reguladoras.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar a la aseguradora o a otra persona constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro en caso de que el solicitante presentara información falsa sustancialmente relacionada con un reclamo.

Hawái: Por su seguridad, la ley de Hawái exige que se le informe que presentar un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio es un delito castigado con multas o prisión, o ambos.

Kentucky: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa, o encubra, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho importante, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito.

Maryland: Toda persona que, con pleno conocimiento o deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio; o que, con pleno conocimiento o deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Nuevo México: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

Ohio: Toda persona que, con intención de defraudar o con pleno conocimiento de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguro.

Oklahoma: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, haga un reclamo por el producto de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

Pensilvania: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa, o encubra, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho importante comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito y sujeta a la persona a sanciones civiles y penales.

Puerto Rico: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude u ocasione la presentación de un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida o de cualquier otro beneficio, o presente más de un reclamo por el mismo daño o pérdida, cometerá un delito grave. Al condenarla, se la sancionará por cada violación con una multa de por lo menos cinco mil dólares (\$5,000), pero de no más de diez mil dólares (\$10,000), o con un período fijo de tres (3) años en prisión, o con ambas sanciones. En caso de que se presentaran circunstancias agravantes, la sanción establecida puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años. Si se presentaran circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Dearborn Life Insurance Company ofrece los productos de seguro grupal como Specialty Benefits en colaboración con Blue Cross Blue Shield of Michigan.

Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148, emite los productos de seguro grupal de Specialty Benefits. Dearborn Life es una compañía aparte, no ofrece productos de Blue Cross Blue Shield of Michigan y es económicamente responsable de los productos que emite.

Dearborn Life Insurance Company es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Blue Cross Blue Shield of Michigan y Blue Care Network son organizaciones sin ánimo de lucro y licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Las leyes de algunos estados nos exigen que le proporcionemos el siguiente aviso:**PARA SOLICITUDES Y RECLAMOS (continuado):**

Rhode Island: Cualquier persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Tennessee: Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

Washington: Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

West Virginia: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta por 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.

PARA RECLAMOS ÚNICAMENTE:

Alaska: Una persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada según las leyes estatales.

Arizona: Por su seguridad, la ley de Arizona exige que lo siguiente figure en este formulario. Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida está sujeta a sanciones civiles y penales.

Arkansas: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Delaware: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Idaho: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Indiana: Una persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Minnesota: Una persona que presente un reclamo con la intención de defraudar o que ayude a cometer fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

Nuevo Hampshire: Toda persona que, con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a una acción judicial y a una pena por fraude de seguro, conforme a la legislación del estado de Nuevo Hampshire, NH RSA 638:20.

Nuevo Jersey: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Texas: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

PARA SOLICITUDES ÚNICAMENTE:

Nuevo Jersey: Toda persona que incluya información falsa o engañosa en la solicitud de una póliza de seguro estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Dearborn Life Insurance Company ofrece los productos de seguro grupal como Specialty Benefits en colaboración con Blue Cross Blue Shield of Michigan.

Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148, emite los productos de seguro grupal de Specialty Benefits. Dearborn Life es una compañía aparte, no ofrece productos de Blue Cross Blue Shield of Michigan y es económicamente responsable de los productos que emite.

Dearborn Life Insurance Company es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Blue Cross Blue Shield of Michigan y Blue Care Network son organizaciones sin ánimo de lucro y licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.