

Formulario de Inscripción o Cambio/ Enrollment/Change Form

Seguro dental de grupo, seguro de cuidado de la vista, seguro básico de vida y seguro básico por Muerte y Desmembramiento Accidental (Accidental Death & Dismemberment, AD&D), seguro complementario de vida y seguro complementario por Muerte y Desmembramiento Accidental, seguro por Discapacidad a Corto Plazo (Short Term Disability, STD), seguro por Discapacidad a Largo Plazo (Long Term Disability, LTD) y seguro voluntario por Muerte y Desmembramiento Accidental proporcionados por/Group Dental Insurance, Vision Care Insurance, Basic Life and Basic AD&D Insurance, Supplemental Life and Supplemental AD&D Insurance, Short Term Disability Insurance, Long Term Disability Insurance, and Voluntary AD&D provided by:

UNITEDHEALTHCARE INSURANCE COMPANY
185 Asylum St.
Hartford, CT 06103-3408



ESTA ES UNA PÓLIZA DE COBERTURA DE SALUD DE BENEFICIOS LIMITADOS Y NO SUSTITUYE UNA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES. LA FALTA DE COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES (U OTRA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA) PUEDE TENER COMO RESULTADO UN PAGO ADICIONAL CON SUS IMPUESTOS./THIS IS A LIMITED BENEFIT HEALTH COVERAGE POLICY AND IS NOT A SUBSTITUTE FOR MAJOR MEDICAL COVERAGE. LACK OF MAJOR MEDICAL COVERAGE (OR OTHER MINIMUM ESSENTIAL COVERAGE) MAY RESULT IN AN ADDITIONAL PAYMENT WITH YOUR TAXES.

ESTA PÓLIZA NO INCLUYE LA COBERTURA DE SERVICIOS PEDIÁTRICOS DENTALES SEGÚN LO EXIGIDO POR LA LEY DEL CUIDADO DE LA SALUD A BAJO PRECIO. LA COBERTURA DE SERVICIOS PEDIÁTRICOS DENTALES ESTÁ DISPONIBLE PARA SER ADQUIRIDA EN EL ESTADO DE COLORADO Y SE PUEDE ADQUIRIR COMO UN PLAN INDEPENDIENTE. COMUNÍQUESE CON SU AGENTE O COMPAÑÍA DE SEGUROS, O CON CONNECT FOR HEALTH COLORADO PARA ADQUIRIR YA SEA UN PLAN QUE INCLUYA COBERTURA DE SERVICIOS PEDIÁTRICOS DENTALES O UN PLAN DENTAL INDEPENDIENTE CALIFICADO POR EL INTERCAMBIO QUE INCLUYA COBERTURA DE SERVICIOS PEDIÁTRICOS DENTALES./THIS POLICY DOES NOT INCLUDE COVERAGE OF PEDIATRIC DENTAL SERVICES AS REQUIRED UNDER THE AFFORDABLE CARE ACT. COVERAGE OF PEDIATRIC DENTAL SERVICES IS AVAILABLE FOR PURCHASE IN THE STATE OF COLORADO AND CAN BE PURCHASED AS A STAND-ALONE PLAN. PLEASE CONTACT YOUR INSURANCE CARRIER, AGENT, OR CONNECT FOR HEALTH COLORADO TO PURCHASE EITHER A PLAN THAT INCLUDES PEDIATRIC DENTAL COVERAGE OR AN EXCHANGE-QUALIFIED STAND-ALONE DENTAL PLAN THAT INCLUDES PEDIATRIC DENTAL COVERAGE.

EL EMPLEADOR DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN/TO BE COMPLETED BY EMPLOYER

Nombre del empleador/Employer Name:		Número de póliz/Policy Number:
Autorización del empleador/Employer Authorization:	Fecha de contratación/Date of Hire: _____	Clase/Class:
	Variación de plan o código de presentación de informes/Plan Variation/Reporting Code:	Plan:
Fecha de vigencia solicitada de la cobertura/Fecha de cambio/Requested Effective Date of Coverage/ Date of Change: _____		<input type="checkbox"/> Inscribir/Enroll <input type="checkbox"/> Cancelar/Cancel <input type="checkbox"/> Cambiar/Change
Razón: (Marque las casillas que correspondan)/ Reason: (Check the Appropriate Boxes)	<input type="checkbox"/> Nuevo plan de grupo/New Group Plan <input type="checkbox"/> Nueva contratación/New Hire <input type="checkbox"/> Cambio de dirección/Address Change <input type="checkbox"/> Cambio de nombre/Name Change <input type="checkbox"/> Matrimonio/Marriage <input type="checkbox"/> Unión civil*/Civil Union* <input type="checkbox"/> Disolución de unión civil/Dissolution Of Civil Union <input type="checkbox"/> Nacimiento/Birth <input type="checkbox"/> Adopción o custodia legal/Adoption/Legal Custody <input type="checkbox"/> Dependiente ordenado por un tribunal/Court Ordered Dependent <input type="checkbox"/> Cobra o continuación de parte del estado/Cobra/State Continuation	<input type="checkbox"/> Inscripción abierta anual/Annual Open Enrollment <input type="checkbox"/> Empleado despedido/Employee Terminated <input type="checkbox"/> Divorcio/Divorce <input type="checkbox"/> Muerte/Death
	Fecha de inicio/Start Date ___/___/___ Fecha de finalización/End Date ___/___/___ <input type="checkbox"/> Otra/Other:	

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO/EMPLOYEE INFORMATION

N.º del Seguro Social/SS# _____ - _____ - _____		N.º de ID asignado del empleador/ Employer Assigned ID#	Fecha de nacimiento/Date of Birth:
Apellido/Last Name:		Nombre/First Name:	Inicial del 2.º nombre/Middle Initial:
Dirección/Address:		Ciudad/City:	Estado/State: Código postal/Zip Code:
Teléfono residencial/Home Phone:	Teléfono del trabajo/Work Phone:	Dirección de correo electrónico/Email Address:	Salario anual/Annual Salary:
Sexo/Sex: <input type="checkbox"/> Masculino/Male <input type="checkbox"/> Femenino/Female	Estado civil/Marital Status: <input type="checkbox"/> Soltero/Single <input type="checkbox"/> Casado/Married <input type="checkbox"/> Pareja de unión libre*/Domestic Partner* <input type="checkbox"/> Conviviente civil*/Party to Civil Union*		
Cantidad de horas trabajadas por semana/Number of hours worked per week: _____			
Tipo de empleado (marque todo lo que corresponda)/Employee Type (Check all that apply): <input type="checkbox"/> Activo/Active <input type="checkbox"/> Por hora/Hourly <input type="checkbox"/> Asalariado/Salary <input type="checkbox"/> Sindicado/Union <input type="checkbox"/> No sindicado/Non-union <input type="checkbox"/> Jubilado/Retired <input type="checkbox"/> Otro/Other			

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA/ FAMILY INFORMATION		Dependientes que desea inscribir, cancelar, cambiar: (Adjunte más hojas si es necesario)/ Dependents to be enrolled, cancelled, changed: (Attach additional sheet if necessary)					
Marque la casilla que corresponda/ Check Appropriate Box	Nombre/First Name	Inicial del 2.º nombre/MI	Apellido (si es diferente)/Last Name (if different)	Fecha de nacimiento/Date of Birth	Sexo/Sex	Relación**/Relationship**	Incapacitado***/Incapacitated***
	Número del Seguro Social o ID asignada del dependiente/ Dependent Social Security Number or Assigned ID						
<input type="checkbox"/> Inscribir/Enroll <input type="checkbox"/> Cambiar/Change <input type="checkbox"/> Cancelar/Cancel				___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Cónyuge/Spouse <input type="checkbox"/> Pareja de unión libre*/Domestic Partner* <input type="checkbox"/> Conviviente civil*/Civil Union*	No corresponde/Not Applicable
	N.º del Seguro Social/SS# _____ - _____ - _____						
<input type="checkbox"/> Inscribir/Enroll <input type="checkbox"/> Cambiar/Change <input type="checkbox"/> Cancelar/Cancel				___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Dependiente/Dependent	<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No
	N.º del Seguro Social/SS# _____ - _____ - _____						
<input type="checkbox"/> Inscribir/Enroll <input type="checkbox"/> Cambiar/Change <input type="checkbox"/> Cancelar/Cancel				___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Dependiente/Dependent	<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No
	N.º del Seguro Social/SS# _____ - _____ - _____						
<input type="checkbox"/> Inscribir/Enroll <input type="checkbox"/> Cambiar/Change <input type="checkbox"/> Cancelar/Cancel				___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Dependiente/Dependent	<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No
	N.º del Seguro Social/SS# _____ - _____ - _____						
<input type="checkbox"/> Inscribir/Enroll <input type="checkbox"/> Cambiar/Change <input type="checkbox"/> Cancelar/Cancel				___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Dependiente/Dependent	<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No
	N.º del Seguro Social/SS# _____ - _____ - _____						

* La ley estatal o su empleador determinan la cobertura de la pareja de unión libre o unión civil. Para obtener la confirmación, comuníquese con su empleador.*/Domestic Partner or Civil Union coverage is determined by state law or as determined by your employer. Please contact your employer for confirmation.

** En el caso de dependientes ordenados por un tribunal, se debe adjuntar la documentación legal. Para obtener más información sobre los requisitos para el estado de estudiante a tiempo completo, consulte con el representante del empleador. Si un dependiente no reside con el miembro, proporcione la dirección en una hoja aparte.*/**For court ordered Dependent(s), legal documentation must be attached. Please see an Employer representative for more information about the qualifications for full-time student status. If Dependent(s) does not reside with enrollee, please provide address on separate sheet.

*** El dependiente es soltero, depende económicamente del suscriptor o de la persona cubierta y tiene una discapacidad mental o física. Si respondió "Sí" en Incapacitado, adjunte el certificado médico de discapacidad.*/***Dependent is unmarried, financially dependent upon subscriber/covered person and is mentally or physically disabled. If answered "Yes" for Incapacitated, please attach medical certification of disability.

ELECCIONES DE BENEFICIOS/ BENEFIT ELECTIONS						
Persona/Person	Dentales/Dental	Vista/Vision	STD	LTD		
Empleado/Employee Cónyuge (o pareja de unión libre)/Spouse (or Domestic Partner) Dependiente/Dependent	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Renunciar (si corresponde)/ Waive (if applicable)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Renunciar (si corresponde)/ Waive (if applicable)	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Plan mejorado/ Buy-up <input type="checkbox"/> Renunciar (si corresponde)/ Waive (if applicable)	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Plan mejorado/ Buy-up <input type="checkbox"/> Renunciar (si corresponde)/ Waive (if applicable)		
Persona/Person	Seguro básico de vida/ Basic Life	Seguro básico por AD&D/ Basic AD&D	Seguro comp. de vida/ Supplemental Life	Seguro comp. por AD&D/ Supplemental AD&D	Seguro voluntario por AD&D/ Voluntary AD&D	
Empleado/Employee Cónyuge (o pareja de unión libre)/Spouse (or Domestic Partner) Dependiente/Dependent	<input type="checkbox"/> \$ _____ <input type="checkbox"/> \$ _____ <input type="checkbox"/> \$ _____ <input type="checkbox"/> Renunciar (si corresponde)/ Waive (if applicable)	<input type="checkbox"/> \$ _____ <input type="checkbox"/> Renunciar (si corresponde)/ Waive (if applicable)	<input type="checkbox"/> \$ _____ <input type="checkbox"/> \$ _____ <input type="checkbox"/> \$ _____ <input type="checkbox"/> Renunciar/Waive ¿Consumió algún tipo de tabaco en los últimos 12 meses?/Have you used tobacco of any kind in the past 12 months? ¿Empleado?/Employee? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No ¿Cónyuge?/Spouse? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> \$ _____ <input type="checkbox"/> \$ _____ <input type="checkbox"/> \$ _____ <input type="checkbox"/> Renunciar/Waive	<input type="checkbox"/> \$ _____ <input type="checkbox"/> \$ _____ <input type="checkbox"/> \$ _____ <input type="checkbox"/> Renunciar (si corresponde)/ Waive (if applicable)	

BENEFICIARIOS*/BENEFICIARY(IES)*		Los beneficiarios se deben designar al momento de la inscripción./Beneficiary(ies) to be designated at time of Enrollment.					
Producto/ Product	Nombre completo/Full Name	%	Dirección/ Address	Ciudad/ City	Estado/ State	Código postal/ Zip Code	Relación/ Relationship
Seguro de vida y por AD&D/ Life & AD&D	Primario/ Primary						
	Secundario o contingente/ Secondary/ Contingent						

* No lo use para cambiar un beneficiario designado anteriormente. Para hacer cambios, use el formulario Designación de Beneficiario disponible a través del empleador./*Do not use to change a previously designated Beneficiary. For changes, use the Beneficiary Designation form available from the Employer.

**AUTORIZACIÓN Y CONFIRMACIÓN/
AUTHORIZATION AND ACKNOWLEDGEMENT**

El formulario debe estar firmado/Form must be signed

Por medio del presente documento, afirmo que todas las declaraciones realizadas arriba son, a mi leal saber y entender, verdaderas y completas, y que constituirán la base sobre la que se emita el seguro solicitado./I hereby declare that all the statements made above are, to the best of my knowledge and belief, true and complete and that they are the basis on which insurance requested by me may be issued.

Si he elegido un producto dental o de la vista, entiendo que el plan de beneficios dental o de la vista que he seleccionado proporciona el reembolso de ciertos costos dentales o de la vista que se describen con más detalle en los Certificados de Cobertura actuales. Entiendo que pueden existir ocasiones en que las decisiones de tratamiento tomadas por mi dentista, proveedor o por mí pueden ocasionar gastos dentales o de la vista que no estén cubiertos por mi plan de beneficios dentales o de la vista. Los Certificados solamente proporcionan beneficios dentales o de la vista. Revise detenidamente sus Certificados./If Dental and/or Vision product has been elected, I understand that the Dental and/or Vision benefit plan I have selected provides reimbursement for certain Dental and/or Vision costs which are more fully described in the current Certificates of Coverage. I understand there may be instances where treatment decisions made by my Dentist, provider or me for Dental and/or Vision expenses which I have incurred may not be covered by my Dental and/or Vision benefit plan. The Certificates provide Dental and/or Vision benefits only. Review your Certificates carefully.

Todas las afirmaciones realizadas por mí son declaraciones y no garantías. Ninguna afirmación realizada por mí se usará para impugnar el seguro que proporciona la póliza, a menos que se incluya en una declaración escrita firmada por mí; y que mi beneficiario o yo recibamos una copia de dicha declaración./All statements made by me are: representations; and, not warranties. No statement made by me will be used to: contest the insurance provided by the Policy, unless, it is contained in a written statement signed by me; and, a copy of the statement is furnished to me or my beneficiary.

Entiendo que, al firmar este formulario, estoy autorizando las deducciones salariales necesarias para la prima de las coberturas que he seleccionado. Reconozco que he leído los Avisos de Advertencia de Fraude correspondientes que se incluyen en la siguiente página./I understand that by signing this form I am authorizing the necessary premium deductions from my salary or wages for the coverage(s) I have selected. I acknowledge that I have read the applicable Fraud Warning Notices provided on next page.

Firma del empleado o miembro/Employee/Enrollee Signature:	Fecha/Date:
---	-------------

**AVISOS DE ADVERTENCIA DE FRAUDE/
FRAUD WARNING NOTICES**

**Lea el aviso que corresponda a su estado./Please review the notice that applies in
your state.**

Para residentes de Colorado: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, suministre información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o al reclamante con el fin de estafarle o intentar estafarle con respecto a un acuerdo o premio pagadero con los beneficios de un seguro, será denunciado ante la División de Seguros de Colorado del Departamento de Agencias Reguladoras./**For residents of Colorado:** It is unlawful to knowingly provide false, incomplete or misleading facts or information to an insurance company for the purpose of defrauding or attempting to defraud the company. Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance, and civil damages. Any insurance company or agent of an insurance company who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to a policyholder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to defraud the policyholder or claimant with regard to a settlement or award payable from insurance proceeds, shall be reported to the Colorado division of insurance within the Department of Regulatory Agencies.

Para residentes de Alabama: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida o de un 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 compensación por daños o reclusión en prisión, o una combinación de ambas./**For residents of Alabama:** Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to restitution fines or confinement in prison, or any combination thereof.

Para residentes de California con seguro de vida o discapacidad: Para su protección, las leyes de California exigen que aparezca la siguiente declaración en este formulario: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal./**For residents of California with Life/Disability Insurance:** For your protection California law requires the following to appear on this form: Any person who knowingly presents false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

Para residentes de California con seguro dental, de la vista, contra enfermedades críticas o contra accidentes: UnitedHealthcare puede cancelar su cobertura o denegar un reclamo conforme a la póliza si se determina que usted: a sabiendas y con la intención de engañar, presentó información falsa en esta solicitud; y UnitedHealthcare se basó en dicha declaración para aprobar su cobertura conforme a la póliza./**For residents of California with Dental/Vision/Critical Illness/Accident Insurance:** UnitedHealthcare may terminate your coverage and/or deny any claim under the policy if it is determined that you: knowingly, and with actual intent to deceive, presented false information in this application; and such statement was the basis for UnitedHealthcare's approval of your coverage under the policy.

Para residentes de Connecticut: Toda persona que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro o contrato de pago en vida de una póliza de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión./**For residents of Connecticut:** Any person who knowingly presents false information in an application for insurance or life settlement contract is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

Para residentes del District of Columbia: ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el fin de estafar a la compañía de seguros o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una compañía de seguros puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada sustancialmente con un reclamo./**For residents of District of Columbia:** WARNING: It is a crime to provide false or misleading information to an insurer for the purpose of defrauding the insurer or any other person. Penalties include imprisonment and/or fines. In addition, an insurer may deny insurance benefits if false information materially related to a claim was provided by the applicant.

Para residentes de Florida: Toda persona que, a sabiendas y con intención de dañar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una solicitud o una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de delito mayor en tercer grado./**For residents of Florida:** Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of claim or an application containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony of the third degree.

Para residentes de Hawaii: Para su protección, la ley de Hawaii exige que se le informe que la presentación de un reclamo fraudulento para obtener el pago de una pérdida o de un beneficio constituye un delito punible con multas o encarcelamiento, o ambas cosas./**For residents of Hawaii:** For your protection, Hawaii law requires you to be informed that presenting a fraudulent claim for payment of a loss or benefit is a crime punishable by fines or imprisonment, or both.

Para residentes de Kansas: Toda persona que presente, a sabiendas, un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o un beneficio, o que presente, a sabiendas, información falsa en una solicitud de seguro, puede ser culpable de fraude al seguro según lo determine un tribunal./**For residents of Kansas:** Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance may be guilty of insurance fraud as determined by a court of law.

Para residentes de Kentucky: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho sustancial de dicha solicitud, comete un acto fraudulento en contra del seguro, lo que constituye un delito./**For residents of Kentucky:** Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime.

Para residentes de Maine: Constituye un delito suministrar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o denegación de los beneficios del seguro./**For residents of Maine:** It is a crime to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties may include imprisonment, fines, or a denial of insurance benefits.

Para residentes de Maryland: Toda persona que, a sabiendas o intencionalmente, presente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida o de un beneficio, o que a sabiendas e intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión./**For residents of Maryland:** Any person who knowingly or willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly or willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

Para residentes de New Jersey: Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de una póliza de seguro está sujeta a sanciones civiles y penales./**For residents of New Jersey:** Any person who includes any false or misleading information on an application for an insurance policy is subject to criminal and civil penalties.

Para residentes de New Mexico: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida o de un 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 sanciones civiles y penales./**For residents of New Mexico:** Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance, is guilty of a crime and may be subject to civil fines and criminal penalties.

Para residentes de New York: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho sustancial de dicha solicitud o declaración, comete un acto fraudulento en contra del seguro, lo que constituye un delito, y dicha persona también estará sujeta a una sanción civil de hasta cinco mil dólares y el valor expreso del reclamo por cada acto de violación de esa índole./**For residents of New York:** Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall also be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.

Para residentes de Ohio: Toda persona que, con la intención de estafar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude al seguro./**For residents of Ohio:** Any person who, with intent to defraud or knowing that he is facilitating a fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement is guilty of insurance fraud.

Para residentes de Oklahoma: ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de dañar, estafar o engañar a alguna compañía de seguros, presente algún reclamo por los beneficios de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de delito mayor./**For residents of Oklahoma:** WARNING: Any person who knowingly, and with intent to injure, defraud or deceive any insurer, makes any claim for the proceeds of an insurance policy containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony.

Para residentes de Oregon: Toda persona que presente, a sabiendas, un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o un beneficio, o que presente, a sabiendas, información falsa en una solicitud de seguro, puede ser culpable de un delito y estar sujeta a multas y reclusión en prisión./**For residents of Oregon:** Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance may be guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

Para residentes de Pennsylvania: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho sustancial, comete un acto fraudulento en contra del seguro, lo que constituye un delito y dicha persona puede estar sujeta a sanciones civiles y penales./**For residents of Pennsylvania:** Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.

**AVISOS DE ADVERTENCIA DE FRAUDE/
FRAUD WARNING NOTICES**

**Lea el aviso que corresponda a su estado./Please review the notice that applies in
your state.**

Para residentes de Vermont: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a alguna compañía de seguros, presente un reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, puede ser hallada culpable de un delito./
For residents of Vermont: Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of claim or an application containing false, incomplete, or misleading information may be guilty of a crime.

Para residentes de Virginia: Toda persona que, con la intención de estafar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley estatal./
For residents of Virginia: Any person who, with the intent to defraud or knowing that he is facilitating a fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement may have violated State law.

Para residentes de Tennessee y Washington: Constituye un delito suministrar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro./
For residents of Tennessee and Washington: It is a crime to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines, and denial of insurance benefits.

Para residentes de todos los demás estados: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida o de un beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión./
For residents of all other states: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.