



Bienvenido a los

Beneficios en el lugar de trabajo

Todos merecen un Guardian

Todos los días, Guardian ofrece a 26 millones de estadounidenses la seguridad que merecen a través de nuestros productos y servicios de gestión de patrimonios y seguros.

Nos hemos asociado con su organización para ofrecerle una variedad de beneficios para los empleados. Dentro de este paquete, encontrará los planes de los que su empleador cree que podría beneficiarse.

Sus opciones de cobertura



**Seguro
de cáncer**

Apoyo financiero después de
un diagnóstico de cáncer

Conozca sus beneficios

Sus beneficios respaldan su bienestar físico y financiero, para ayudar a que usted y sus seres queridos estén protegidos.

Con Guardian, estás en buenas manos. Venimos cumpliendo nuestras promesas por más de 150 años y esperamos hacer lo mismo por usted también.

- 1 Lea esta información.
- 2 Obtenga más información sobre sus beneficios.
- 3 Hable con su empleador si necesita ayuda o tiene alguna pregunta.

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



Seguro de cáncer

Si se le diagnostica cáncer, lo último en lo que debe pensar es el costo. El seguro de cáncer alivia la carga financiera.

Cada año, cada vez más personas son diagnosticadas con cáncer. Desafortunadamente, además de soportar el impacto físico y emocional de esta enfermedad, los pacientes a menudo se sienten abrumados con las cargas financieras cuando el seguro médico no cubre lo suficiente o sus ingresos se ven afectados.

¿Para quién es?

El seguro de cáncer es para las personas que desean mayor protección financiera, además de su seguro médico regular. Entra en juego si se le diagnostica cáncer y si el seguro médico por sí solo no es suficiente para cubrir los gastos.

¿Qué cubre?

Los beneficios del seguro de cáncer pueden ayudarlo a manejar los deducibles del plan médico, los copagos y otros costos de su bolsillo proporcionándole beneficios cuando recibe tratamiento de radioterapia o quimioterapia, o bien si es hospitalizado para una cirugía para tratar el cáncer. Estos beneficios se pueden utilizar para gastos no médicos, como transporte a centros de tratamiento e incluso gastos cotidianos, como en comestibles, alquiler y pagos de hipotecas.

¿Por qué debería considerarlo?

La cobertura de salud se está volviendo más costosa, con copagos, primas y deducibles más altos. Los gastos de bolsillo inesperados ocasionados por la recuperación del cáncer, incluidos el transporte, los copagos y los deducibles, pueden ir sumando rápidamente. Lo que es más, dos tercios de los costos en los que puede incurrir durante la recuperación no son médicos, tales como la cobertura de una hipoteca, cuidado infantil y gastos del hogar. El seguro de cáncer puede ayudarlo a pagar todos sus gastos.

Además, el seguro de cáncer es transferible y los pagos se realizan directamente a usted.

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza.



Apoyo adicional

Sarah es diagnosticada con cáncer de riñón después de un examen de detección y decide someterse a una cirugía de extracción de riñón.

Gasto quirúrgico promedio: **\$25,000**

Deducible médico principal promedio: **\$1,500**

La cobertura médica principal cubre el 80% del costo quirúrgico después de que se alcanza el deducible, pero Sarah es responsable del 20%: **\$4,700**

Monto total del gasto de bolsillo de Sarah (deducible + coseguro): **\$6,200**

Sarah tiene la póliza Cancer Advantage de Guardian, la cual le paga **\$2,500** como un beneficio de diagnóstico inicial y **\$2,100** para una hospitalización de 7 días.

Esto le da un total de **\$4,600** para ayudarlo a cubrir una parte del monto de su gasto de bolsillo.

Este ejemplo se suministra con fines ilustrativos únicamente. La cobertura de su plan puede variar. Consulte la información de su plan en las siguientes páginas para ver montos y detalles específicos.



Su cobertura por cáncer

CÁNCER

COBERTURA - DETALLES	Opción 1: Advantage Plan	Opción 2: Premier Plan
Su prima Mensual	\$18.80	\$29.87
Usted y su cónyuge	\$34.28	\$53.58
Usted y sus hijos	\$21.92	\$34.75
Usted, su cónyuge y sus hijos	\$37.40	\$58.46

BENEFICIO DE DIAGNÓSTICO INICIAL: este beneficio se paga cuando le diagnostican cáncer Interno por primera vez durante la vigencia del seguro de este Plan.

Monto del beneficio	Empleado \$2,500 Cónyuge \$2,500 Hijo \$2,500	Empleado \$5,000 Cónyuge \$5,000 Hijo \$5,000
Período de carencia de beneficios: período específico de tiempo a contar desde la fecha de entrada en vigencia durante el cual no se pagarán los beneficios de Diagnóstico Inicial.	30 Dias	30 Dias

EXAMEN DE CÁNCER

Monto de beneficio	\$50; \$50 para el examen de seguimiento	\$75; \$75 para el examen de seguimiento
---------------------------	--	--

RADIOTERAPIA O QUIMIOTERAPIA

Beneficio	Programar cantidades de hasta \$10,000 de beneficio máximo al año.	Programar cantidades de hasta \$15,000 de beneficio máximo al año.
Limitación de afección preexistente: afección preexistente incluye cualquier condición por la que usted, en el plazo especificado anterior a la cobertura en este plan, consultó a un médico, recibió tratamiento o tomo medicación recetadas.	3 meses antes/ 6 meses de tratamiento sin cargo/ 12 meses después.	3 meses antes/ 6 meses de tratamiento sin cargo/ 12 meses después.
Portabilidad: le permite llevarse su cobertura de Cáncer con usted si se extingue su relación laboral. El plan con Cáncer Incorporado finaliza a los 70 años de edad.	Incluido	Incluido
Límites de edad de hijos	Niños de nacimiento a 26 años de edad	Niños de nacimiento a 26 años de edad

CARACTERÍSTICAS

Ambulancia aérea	\$1,500/viaje, con un límite de 2 viajes por internación hospitalaria	\$2,000/viaje, con un límite de 2 viajes por internación hospitalaria
Atención alternativa	Ningún beneficio	\$50/visita hasta 20 visitas
Ambulancia	\$200/viaje, con un límite de 2 viajes por internación hospitalaria	\$250/viaje, con un límite de 2 viajes por internación hospitalaria
Anesthesia	25% de beneficio quirúrgico	25% de beneficio quirúrgico
Antináuseas	\$50/día hasta \$150 por mes	\$50/día hasta \$250 por mes
Médico interviniente	\$25/día mientras esté internado en hospital. Límite de 75 visitas.	\$25/día mientras esté internado en hospital. Límite de 75 visitas.
Sangre/Plasma/Plaquetas	\$100/día hasta \$5,000 por año	\$200/día hasta \$10,000 por año



Su cobertura por cáncer

CARACTERÍSTICAS (Cont.)	Opción 1: Advantage Plan	Opción 2: Premier Plan
Médula ósea/Células madre	Médula ósea: \$7,500 Células madre: \$1,500 50% de beneficio por el segundo trasplante. \$1,000 de beneficio si es donante	Médula ósea: \$10,000 Células madre: \$2,500 50% de beneficio por el segundo trasplante. \$1,500 de beneficio si es donante
Tratamiento experimental	\$100/día hasta \$1,000/mes	\$200/día hasta \$2,400/mes
Atención de enfermería calificada/establecimiento de atención extendida	\$100/día hasta 90 días por año	\$150/día hasta 90 días por año
Hospital de caridad o del gobierno	\$300 por día en lugar de todos los demás beneficios	\$400 por día en lugar de todos los demás beneficios
Atención médica domiciliaria	\$50/visita hasta 30 visitas por año	\$100/visita hasta 30 visitas por año
Terapia con hormonas	\$25/tratamiento y hasta 12 tratamientos por año	\$50/tratamiento y hasta 12 tratamientos por año
Hospicio	\$50/día hasta 100 días/de por vida	\$100/día hasta 100 días/de por vida
Internación en un hospicio	\$300/día por los primeros 30 días; \$600/día por el día 31 en adelante de internación	\$400/día por los primeros 30 días; \$800/día por el día 31 en adelante de internación
Internación en una unidad de cuidados intensivos	\$400/día por los primeros 30 días; \$600/día por el día 31 en adelante por internación	\$600/día por los primeros 30 días; \$800/día por el día 31 en adelante por internación
Inmunoterapia	\$500 por mes, con un máximo de \$2,500 de por vida	\$500 por mes, con un máximo de \$2500 de por vida
Enfermería especial hospitalaria	\$100/día hasta 30 días por año	\$150/día hasta 30 días por año
Imágenes médicas	\$100/imagen hasta 2 por año	\$200/imagen hasta 2 por año
Alojamiento de pacientes ambulatorios y familiares: El alojamiento debe ser a más de 50 millas de su domicilio.	\$75/día, hasta 90 días por año	\$100/día, hasta 90 días por año
Centro quirúrgico ambulatorio	\$250/día, 3 días por procedimiento	\$350/día, 3 días por procedimiento
Terapia del habla o física	\$25/visita hasta 4 visitas por mes, \$400 máximo de por vida	\$50/visita hasta 4 visitas por mes, \$1,000 máximo de por vida
Prótesis	Implante quirúrgico: \$2,000/dispositivo, \$4,000 máximo de por vida No quirúrgica: \$200/dispositivo, con un máximo de \$400 de por vida	Implante quirúrgico: \$3,000/dispositivo, \$6,000 máximo de por vida No quirúrgica: \$300/dispositivo, con un máximo de \$600 de por vida
Cirugía reconstructiva	Reconstructiva con colgajo TRAM: \$2,000 Reconstrucción de mama \$500 Simetría de mama \$250 Reconstrucción facial \$500	TRAM en mama \$3000 Reconstrucción de mama \$700 Simetría de mama \$350 Reconstrucción facial \$700
Beneficio en reproducción	Ningún beneficio	Implante de óvulo \$1,500, almacenamiento de esperma u óvulo \$500, con un máximo de \$2000 de por vida
Segunda opinión quirúrgica	\$200/procedimiento quirúrgico	\$300/procedimiento quirúrgico



Su cobertura por cáncer

CARACTERÍSTICAS (Cont.)	Opción 1: Advantage Plan	Opción 2: Premier Plan
Cáncer de piel	Biopsia únicamente: \$100 Cirugía reconstructiva: \$250 Escisión de cáncer de piel: \$375 Escisión de cáncer de piel con injerto o colgajo: \$600	Biopsia únicamente: \$100 Cirugía reconstructiva: \$250 Escisión de cáncer de piel: \$375 Escisión de cáncer de piel con injerto o colgajo: \$600
Beneficio quirúrgico	Monto de anexo hasta \$4,125	Monto de anexo hasta \$5,500
Transporte/Transporte de acompañante - Transporte: el beneficio se paga si tiene que viajar más de 50 millas en un solo tramo para recibir tratamiento por cáncer interno.	\$0.50/milla hasta \$1,000 por viaje ida y vuelta/beneficio equivalente para acompañante	\$0.50/milla hasta \$1,500 por viaje ida y vuelta/beneficio equivalente para acompañante
Dispensa del pago de primas: si pasara a tener una incapacidad por el cáncer que le es diagnosticado después de la fecha de entrada en vigencia del empleado, y la incapacidad continúa por 90 días, dispensaremos del pago de las primas debidas después de ese plazo de 90 días y mientras continúe la incapacidad.	Incluido	Incluido

ENTIENDA LOS BENEFICIOS DE SU PLAN -

- **Cuidados alternativos:** se pagan beneficios por cuidados paliativos (hipnosis o biofeedback) o beneficios de por vida, como visitas a un profesional acreditado para dejar de fumar, yoga, meditación, técnicas de relajación y asesoramiento en nutrición.
- **Cáncer:** cáncer significa que usted ha sido diagnosticado de una enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento descontrolado y la propagación de células malignas en alguna parte del cuerpo. Esto incluye leucemia, mal de Hodgkin's, linfoma, sarcoma, tumores malignos y melanoma. Cáncer incluye carcinomas in situ (en el lugar normal o natural, confinadas al sitio de origen, sin invasión en tejido vecino). Las condiciones premalignas con potencial de transformarse en malignas, como el síndrome mieloproliferativo y la mielodisplasia, carcinoide, leucoplasia, hiperplasia, queratosis actínicas, policitemia y melanoma no maligno, lunares o lesiones o enfermedades similares no serán consideradas cáncer. El cáncer debe ser diagnosticado mientras esté asegurado bajo el plan de cáncer de Guardian.
- **Tratamiento experimental:** los beneficios se pagarán por el tratamiento experimental prescrito por un médico con el fin de destruir o modificar el tejido anormal. Todos los tratamientos deberán estar incluidos en el NCI como tratamiento experimental viable para el Cáncer Interno.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES:

Resumen de limitaciones y exclusiones en Cáncer:

La suscripción de emisión condicional se requiere para quienes se inscriban fuera del plazo de inscripción inicial o el periodo de inscripción abierta anual.

Este plan no pagará beneficios por: Servicios o tratamientos no incluidos en las Características. Servicios o tratamiento prestado por un miembro de la familia. Servicios o tratamiento prestado para internación hospitalaria fuera de Estados Unidos. Cáncer diagnosticado sólo fuera de Estados Unidos. Servicios o tratamiento ofrecido principalmente con fines cosméticos. Servicios o tratamiento de condiciones premalignas. Servicios o tratamientos de condiciones con potencial maligno. Servicios o tratamiento de enfermedades no cancerígenas.

Cáncer causado por, con el aporte de o que surja de: la participación en un delito, conmoción civil o insurrección; lesiones auto-infligidas intencionalmente: comisión o intento de comisión de suicidio en estado de demencia o en pleno uso de facultades; enfermedad mental o emocional, alcoholismo o adicción a las drogas; participación en actividades ilícitas; o prestación de servicios a las fuerzas armadas o alguna unidad auxiliar de las fuerzas armadas de algún país.

Si la prima del seguro por cáncer se paga antes de impuestos, es posible que el beneficio sea gravable. Comuníquese con su asesor legal o impositivo para consultar el tratamiento impositivo de los beneficios de su póliza.

Contrato N° GP-I-CAN-IC-12



Su cobertura por cáncer

El seguro por cáncer de Guardian está suscrito y es emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, New York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Los usuarios y/o características opcionales pueden generar costos adicionales. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura. Esta póliza solo proporciona seguro médico de beneficios limitados. No proporciona seguro básico de hospital ni seguro médico básico o principal, tal como los define el Departamento de servicios financieros del estado de New York.

Formulario de la póliza # GP-1-CAN-IC-12, et al, GP-1-LAH-12R

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



Our commitment to you

Please read the documentation referenced below carefully. The notices are intended to provide you important information about our insurance offerings and to protect your interests. Certain ones are required by law.

Important information



Notice Informing Individuals about Nondiscrimination and Accessibility Requirements

Guardian notice stating that it complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate based on race, color, national origin, age, disability, sex, or actual or perceived gender identity. The notice provides contact information for filing a nondiscrimination grievance. It also provides contact information for access to free aids and services by disabled people to assist in communications with Guardian.

Visit <https://www.guardiananytime.com/notice48> to read more.

No Cost Language Services

Guardian provides language assistance in multiple languages for members who have limited English proficiency.

Visit <https://www.guardiananytime.com/notice46> to read more.

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



The Guardian Life Insurance Company of America

The Guardian Life Insurance Company Of America suscribe cobertura por seguro de vida de grupo a plazo, muerte accidental y pérdida de miembro, incapacidad a corto plazo, incapacidad a largo plazo, enfermedad crítica, dental, visión, y accidentes.

Formulario de modificación

Página 1 de 4

Guardian Life, P.O. Box 14319,
Lexington, KY 40512

Por favor escribir claramente y marcar con cuidado.

Nombre del empleador: SHERMAN INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT	Número de plan colectivo: 00551779	Beneficios con vigencia a partir de: _____
POR FAVOR MARCAR EL CASILLERO QUE CORRESPONDA		
<input type="checkbox"/> Inscripción inicial	<input type="checkbox"/> Reinscripción	<input type="checkbox"/> Agregar empleados/dependientes
<input type="checkbox"/> Modificar información	<input type="checkbox"/> Aumentar monto	<input type="checkbox"/> Modificación de condición familiar
<input type="checkbox"/> Cancelar/rechazar cobertura		

Clase: ALL ELIGIBLE EMPLOYEES WITH A BI-WEEKLY PAYROLL FREQUENCY
 División: _____ Código de subtotal: _____ (Solicítelo a su empleador.)

Acerca de usted: Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido:		Número de seguro social ____ - ____ - ____	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Sexo: M F	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Teléfono: () - ____ - ____	
Dirección de correo electrónico:	¿Está casado o tiene cónyuge? Sí No	Fecha de matrimonio/unión: ____ - ____ - ____	
	Tiene hijos u otros dependientes? Sí No	Fecha de adopción de hijo adoptado: ____ - ____ - ____	

Acerca de su trabajo:	Horas trabajadas por semana: _____	Puesto de trabajo: _____
Condición de trabajo: Activo Jubilad Cobra/Continuación estatal	Fecha de contratación a tiempo completo: ____ - ____ - ____	Salario anual: \$ _____

Acerca de su familia: Incluya los nombres de los dependientes que desea inscribir para la cobertura. Un dependiente es una persona que usted, como contribuyente, reclama; que depende de su apoyo económico; y por quien usted tiene derecho a pedir una excepción impositiva por dependencia. Las exenciones impositivas por dependencia están sujetas a las normas y reglamentaciones del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS). Le podemos solicitar más información para dependientes no estándar como nietos, sobrinas o sobrinos.

Cónyuge (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido): Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: Teléfono: () - _____	Sexo: M F	Número de seguro social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	
Hijo/dependiente 1: Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: Teléfono: () - _____	Agregar Cancelar	Sexo: M F Número de seguro social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Condición (marcar todo lo que corresponda) Estudiante (educación superior) Discapacitado Dependiente no común
Hijo/dependiente 2: Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: Teléfono: () - _____	Agregar Cancelar	Sexo: M F Número de seguro social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Condición (marcar todo lo que corresponda) Estudiante (educación superior) Discapacitado Dependiente no común

Hijo/dependiente 3: Domicilio/Ciudad/Estado/Codigo postal: Teléfono: () -	Agregar Cancelar	Sexo: M F	Número de seguro social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Condición (marcar todo lo que corresponda) Estudiante (educación superior) Discapacitado Dependiente no común
Hijo/dependiente 4: Domicilio/Ciudad/Estado/Codigo postal: Teléfono: () -	Agregar Cancelar	Sexo: M F	Número de seguro social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Condición (marcar todo lo que corresponda) Estudiante (educación superior) Discapacitado Dependiente no común

<u>Cancelar cobertura:</u> Cancelar empleado Cancelar dependientes La fecha de suspensión no puede ser anterior a la fecha en la que se completó y firmó este formulario. Último día de cobertura: ____ - ____ - ____ Extinción de la relación laboral Jubilación Último día trabajado: ____ - ____ - ____ Otra razón: _____ Fecha del evento: ____ - ____ - ____	<u>Cobertura a cancelar:</u> Cáncer Empleado Conyuge Hijo(s)
--	--

Me han ofrecido la cobertura anterior y deseo cancelar la inscripción por las siguientes razones:

Estoy cubierto por otro plan de seguros.
 Otros _____
 (es posible que se solicite información adicional)

Cobertura contra el Cáncer Para cubrir a sus dependientes, usted debe estar inscrito. Marcar un casillero únicamente.

Su prima Mensual	Empleados solamente	Empleados y cónyuge	Empleados y dependientes/hijos	Empleados, cónyuge y dependientes/hijos
Opción 1: Advantage Plan	\$18.80	\$34.28	\$21.92	\$37.40
Opción 2: Premier Plan	\$29.87	\$53.58	\$34.75	\$58.46
No deseo esta cobertura.				

Firma

Entiendo que los montos de prima que se indican más arriba son estimaciones y tienen fin ilustrativo únicamente.

La presentación de este formulario no garantiza cobertura. Entre otras cosas, la cobertura depende de la aprobación de la suscripción y de cumplir con los requisitos de elegibilidad aplicables indicados en el cuadernillo de beneficios aplicable.

Si renuncia a la cobertura y posteriormente decide inscribirse, es posible que se apliquen sanciones por inscripción tardía. También es posible que deba proporcionar, a su propio cargo, prueba de la asegurabilidad de cada persona. El tutor o la persona designada por este tiene derecho a rechazar su solicitud.

Entiendo que estará vigente hasta que sea aprobada por Guardian o su suscriptor designado

Por el presente solicito los beneficios colectivos que he seleccionado más arriba.

Entiendo que, para recibir las coberturas que he elegido más arriba, debo reunir los requisitos exigidos.

Acepto que mi empleador pueda deducir primas de mi paga si son necesarias para la cobertura que he elegido.

Tomo conocimiento y presto mi consentimiento para recibir copias electrónicas de los documentos relacionados con el seguro que corresponde,
 Acepto de manera voluntaria recibir copias electrónicas. Comprendo que puedo retirar esta elección mediante notificación por escrito con treinta (30) días de antelación a Guardian.
 No acepto recibir copias electrónicas. Quisiera recibir comunicaciones por escrito de Guardian. Yo podría cambiar esta elección mediante previa notificación escrita con una anticipación de treinta (30) días.

Doy fe que la información consignada más arriba es cierta y correcta a mi leal saber y entender.

Toda persona que, con intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una reclamación o solicitud de seguros que contenga información sustancialmente falsa u oculte información, con fines de engaño o información sobre hechos relevantes, comete un acto de estafa de seguros, lo cual constituye un delito, y podría estar sujeto a sanciones civiles y quedar privado de los beneficios del seguro.

El estado en el que reside puede tener advertencias de fraude específicas para ese estado. Sírvase consultar la página de Declaraciones sobre Advertencia de Fraudes adjunta.

Las leyes de Nueva York exigen que aparezca la siguiente declaración: Si usted no es residente de Nueva York, esta declaración no es aplicable: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relativa a algún hecho sustancial, comete un acto de estafa de seguros, lo cual constituye un delito, y también podrá estar sujeto a sanciones civiles que no podrán superar la suma de cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación por cada infracción (no aplica a Seguros de Vida).

FIRMA DEL EMPLEADO X _____

FECHA _____

Kit de Inscripción 00551779, 0001, SP

Declaraciones de advertencia de fraude

Las leyes de varios estados exigen que se incluyan las siguientes declaraciones en el formulario de inscripción:

Alabama: Toda 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, comete un delito y puede ser pasible de multa de restitución o encarcelamiento, o alguna combinación de ellas.

Arizona: Para su protección, la ley de Arizona exige que se incluya la siguiente declaración en este formulario. Toda persona que, intencionalmente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el cobro de un siniestro queda sujeta a sanciones penales y civiles.

California: Para su protección, las leyes de California exigen que se incluya esta declaración en este formulario: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y pena de prisión en una cárcel estatal.

Colorado: Es ilícito proporcionar, a sabiendas, información o hechos engañosos, incompletos o falsos a una compañía aseguradora con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Entre las penas se incluyen prisión, multas, denegación del seguro y daños y perjuicios civiles. La compañía aseguradora o el agente de compañía aseguradora que, a sabiendas, proporcione información o hechos engañosos, incompletos o falsos a un tenedor de póliza o reclamante con el fin de defraudar o intentar defraudar al tenedor de póliza o reclamante respecto de la cancelación o indemnización a pagar en el seguro será denunciado a la Oficina de Seguros de Colorado del Departamento de Organismos Regulatorios.

Connecticut, Iowa, Kansas, Nebraska, Oregon: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía aseguradora u otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información sustancialmente falsa u ocultara información, con el fin de engañar, relativa a un hecho sustancial, comete un acto de seguro fraudulento, que puede configurar un delito y ser pasible de sanciones civiles y penales.

Delaware, Indiana y Oklahoma: ADVERTENCIA: Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora, reclama los beneficios de una póliza de seguros presentando datos falsos, incompletos o engañosos, comete un delito grave.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Es delito dar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el objeto de estafar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Entre las penalidades impuestas, se incluye encarcelamiento y/o multas. Asimismo, la aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si los datos relevantes que el solicitante presenta para realizar la reclamación son falsos.

Florida: Toda persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora, presente una reclamación o solicitud que contenga datos falsos, incompletos o engañosos, comete un delito grave de tercer grado.

Kansas: Toda persona que, a sabiendas y con el propósito de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una demanda con información materialmente falsa o que, con fines engañosos, oculte información referente a algún hecho importante en la misma, incurrirá en un delito de acto fraudulento de seguros tal como lo determina una corte de justicia.

Kentucky: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía aseguradora u otra persona, presente una reclamación que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relativa a un hecho sustancial, comete un acto de estafa de seguros, lo que constituye un delito.

Louisiana y Texas: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener el pago de una pérdida o beneficio es culpable de un delito y podrá estar sujeto a multas o pena de prisión en una cárcel estatal.

Maine, Tennessee y Washington: Es un delito suministrar intencionalmente a una compañía de seguros datos falsos, incompletos o engañosos con el objeto de estafarla. Entre las penalidades impuestas se encuentra el encarcelamiento, multas o la denegación de los beneficios del seguro.

Maryland: Toda persona que, a sabiendas o intencionalmente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o, a sabiendas o intencionalmente, presente información falsa en una solicitud de seguro, comete un delito y podrá ser pasible de multas y encarcelamiento.

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

New Hampshire: Toda persona que, con el propósito de dañar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, queda sujeta a enjuiciamiento y condena por fraude al seguro, según se indica en N.H. Rev. Stat. Ann. § 638:20.

Nueva Jersey: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación que contenga información falsa o engañosa queda sujeta a sanciones civiles y penales.

Nuevo México: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá estar sujeto a multa civil y sanciones penales o rechazo de los beneficios del seguro.

Ohio: Toda persona que, con intención de defraudar o, a sabiendas, de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o reclamo que contenga declaraciones engañosas o falsas es culpable de fraude al seguro.

Pennsylvania: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía aseguradora u otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información sustancialmente falsa u ocultara información, con el fin de engañar, relativa a un hecho sustancial, comete un acto de seguro fraudulento, que configura un delito y es pasible de sanciones civiles y penales.

Rhode Island: Toda persona que, a sabiendas y con intención, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o, a sabiendas y con intención, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y podrá estar sujeto a multas y pena de prisión.

Vermont: Toda persona que, a sabiendas presente declaración falsa en la solicitud de seguro puede incurrir en delito penal y quedar sujeta a sanciones de conformidad con la ley estatal.

Virginia: Toda persona que, a sabiendas y con el propósito de defraudar a un asegurador, presente una solicitud o una demanda con declaraciones falsas o engañosas puede incurrir en violaciones a la ley estatal.