



INSTRUCCIONES DE RECLAMACIONES – Seguro para accidentes de fútbol (SAI) de AYSO

Estas instrucciones deben usarse para completar el FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SAI para pedidos a partir del 1.º de julio de 2020.

****NOTA: El formulario de reclamación, COMO SE INDICA A CONTINUACIÓN, debe ser entregado a AIG Accident & Health (US),** cuya dirección aparece abajo, tan pronto como sea posible luego de que se haya administrado el tratamiento médico por una lesión y no después de 90 días posteriores a la fecha de una lesión. Entregue el formulario de reclamaciones a AIG para garantizar que la notificación se reciba oportunamente. Una vez que la aseguradora primaria haya pagado, envíe una copia de la factura detallada y de la Explicación de Beneficios (EOB) de la aseguradora primaria a AIG para que lo tengan en cuenta como beneficio adicional. Conserve copias de todo lo enviado a AIG.

POLÍTICAS CON COBERTURA EN EXCESO - Los gastos elegibles cubiertos serán pagados solamente si exceden otro seguro válido y cobrable o plan de pago médico. Si el demandante está cubierto por otro seguro de salud o plan de pago médico, primero debe entregar la reclamación al seguro primario. Luego de que el seguro primario haya pagado los beneficios, entonces envíe este formulario de reclamación con todas las EOB del seguro primario.

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN - El formulario de reclamación debe enviarse por cada reclamación individual. La Sección A debe ser completada en su totalidad por la persona lesionada, o por el padre/la madre o tutor si dicha persona es un menor, y también debe estar firmada. La Sección B debe completarse en su totalidad y debe estar firmada por los funcionarios de American Youth Soccer Organization (AYSO) - **Regional Commissioner and Safety Director. No es necesario presentar un formulario de reclamación totalmente completado cuando entregue facturas médicas adicionales; solo se necesita un formulario de reclamación por accidente/lesión.**

DEDUCIBLE (\$1,000 Y 20 % DE COSEGURO DEL MIEMBRO) - Cada reclamación está sujeta a \$1,000 de deducible y 20 % de coseguro del miembro. Tenga en cuenta que, a pesar de que se harán todos los esfuerzos necesarios para satisfacer sus pedidos, los cargos que se han reducido por descuentos, lineamientos razonables y de costumbre, o las cantidades máximas del plan pueden no ser descontados del deducible.

FACTURAS MÉDICAS - Notifique a todos los proveedores médicos (hospitales y médicos) si va a usar este seguro. **Provéales el nombre y dirección de correo postal de AIG (que se indica abajo) cuando solicite que presenten los formularios de facturación de seguro requeridos.** El consultorio del médico debe entregar un CMS 1500. Una sala de emergencias y/u hospital debe entregar un UB04. **No se aceptará un resumen de saldo pendiente y esto solo demorará el procesamiento.**

SOLICITUDES DE INFORMACIÓN - En el caso de que no se entregue un formulario de reclamación completado en su totalidad o que se necesite información adicional, la reclamación será suspendida, y la información adicional será solicitada por el servicio postal de los Estados Unidos. Envíe la información de manera inmediata a AIG, para que puedan terminar de adjudicar su reclamación rápidamente.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE ENTREGA DE RECLAMACIONES – PARA LESIONES QUE OCURRIERON A PARTIR DEL 1.º DE JULIO DE 2020

Use la lista de verificación que aparece abajo para asegurarse de enviar una reclamación médica correctamente entregada.

	SÍ	NO
Si la persona lesionada tiene un seguro de salud primario, la reclamación ha sido entregada primero al seguro primario.		
Si la reclamación fue enviada primero al seguro primario, se adjuntan copias de las EOB <i>si están disponibles</i> .		
Usted ha solicitado que las facturas médicas detalladas - CMS1500 o UB04 - se envíen directamente a AIG. ■ Dirección: AIG Accident & Health Claims, Po Box 25987, Shawnee Mission, KS 66225		
La Parte B ha sido completada y firmada por el Director de Seguridad y el Inspector Regional de AYSO.		
He revisado los beneficios de SAI tal como se describen en http://www.ayso.org bajo Para familias, Seguro.		
Los formularios de reclamación NO se envían antes de que se realicen los SERVICIOS MÉDICOS.		

ENVÍO DE LA RECLAMACIÓN

Una vez que se complete, el demandante (o padre/madre/tutor) debe hacer copias de todos los documentos y enviar el formulario de reclamación, incluyendo las facturas médicas detalladas (si los proveedores médicos no las envían directamente a AIG) y las copias de las EOB (explicación de beneficios del seguro primario) a:

AIG Accident & Health Claims, P.O. Box 25987, Shawnee Mission, KS 66225

(Consejo: recomendamos enviar todo con acuse de recibo/certificado y conservar las copias de todos los documentos)

Si tiene preguntas, o si el consultorio del médico o el hospital debe confirmar beneficios antes de un procedimiento médico, comuníquese con la oficina de reclamaciones al 800-551-0824.



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR ACCIDENTES DE AYSO – PROGRAMA CERTIFICADO DE JÓVENES



AIG Accident & Health Claims

P.O. Box 25987, Shawnee Mission, KS 66225

Teléfono: 800-551-0824, Fax: 866-831-3636, www.aig.com

La Parte A – Esta Parte DEBE ser completada, fecha y firmada por la persona lesionada, o, si la persona lesionada tiene menos de 18 años de edad o es un dependiente, por su padre/madre o tutor.

Nombre de la organización: American Youth Soccer Organization (AYSO) Youth Program

N.º de póliza: SRG 0009156418 (Registered Youth Program)

Dirección de la organización: 19750 S Vermont Ave Ste 200, Torrance, CA 90502

Nombre de la persona lesionada:

Nombre de la persona que completa el formulario: Marque una opción: Persona lesionada Padre/Madre Tutor

Incluya la siguiente información de la persona lesionada:

Fecha de nacimiento: Número de seguro social:

Género de la persona lesionada: Número de teléfono:

Dirección: Dirección de correo electrónico:

Dirección del empleador:

Número de teléfono del empleador:

¿La persona lesionada tiene cobertura con otro plan de seguro contra accidentes y/o de salud? (sí o no)

Si la respuesta es sí, indique el nombre de la otra compañía aseguradora:

Dirección de la compañía: Número de teléfono:

Número(s) de póliza: Nombre del/de los titular(es) de la póliza:

Si la persona lesionada es menor de 18 años o es dependiente, incluya la siguiente información:

Nombre del padre o tutor varón:

Lugar de empleo: N.º de teléfono del empleador/código del área

Nombre de la madre o tutora mujer:

Lugar de empleo: N.º de teléfono del empleador/código del área

Explique CÓMO ocurrió el accidente y la lesión y describa la naturaleza de la lesión.

Parte B – Debe ser completada por un funcionario de AYSO.

Fecha de la lesión/accidente: La lesión ocurrió: Práctica Viaje Juego Otro

N.º de Región de AYSO N.º de ID de voluntario/jugador de AYSO

¿La persona lesionada estaba participando en una actividad bajo la jurisdicción de la organización en el momento del accidente (titular de la póliza)? (sí o no) Nombre del supervisor de la actividad:

¿Él/ella fue testigo del accidente? (sí o no)

Firma del Inspector Regional: Fecha:

Firma del Director de Seguridad: Fecha:

EL PAGO SE HARÁ A LOS PROVEEDORES DEL SERVICIO (HOSPITAL, MÉDICO Y OTROS), A MENOS QUE SE ENTREGUE UN RECIBO O RESUMEN PAGADO QUE ACOMPAÑE LA FACTURA AL MOMENTO EN QUE SE PRESENTA LA RECLAMACIÓN.

CONSENTIMIENTO Y AVISO DE INFORMACIÓN PERSONAL: Entiendo que la información que he provisto en este formulario de reclamación, y, de otro modo, en lo que se refiere a mi reclamación, es solicitada por la Compañía aseguradora mencionada arriba o sus representantes (el "Asegurador") para evaluar mi derecho a los beneficios, determinar si la cobertura está en vigencia y coordinar la cobertura con los otros aseguradores. Doy mi consentimiento para el cobro, uso, retención y divulgación de mi información personal y la de mis dependientes, incluyendo toda información recogida en este formulario de reclamación o que el Asegurador, sus afiliados y toda parte independiente obtenga con el objetivo de administrar, adjudicar y/o gestionar mi reclamación además de intercambiar información con agentes, brókers, administradores externos u otra parte independiente con el fin de determinar el estado, el resultado o de resolver toda complicación en conexión con mi reclamación. Entiendo que mi información personal y la de mis dependientes puede ser almacenada dentro o fuera de Estados Unidos para su procesamiento, almacenamiento, análisis o recuperación en caso de desastre, bajo las leyes aplicables, puede estar sujeta a divulgación a gobiernos, tribunales, agencias de reglamentación o de cumplimiento de la ley locales o del extranjero. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento por escrito y entiendo que si lo hago, mi reclamación puede no ser adjudicada. En caso de sospecha de fraude sobre esta reclamación, acuerdo que el Asegurador puede investigar y compartir información con cuerpos reglamentarios, agencias del gobierno y policiales, otros aseguradores, profesionales de atención de la salud, titulares de póliza o mi empleador, si corresponde.

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Yo, el abajo firmante, autorizo a todo hospital o institución de atención de la salud, médico u otro profesional médico, farmacia, organización de coordinación del seguro, agencia gubernamental, titular de la póliza del grupo, compañía aseguradora o compañía reaseguradora, junta de compensación de trabajadores o plan u organización similar, asociación o institución, empleador o administrador del plan de beneficios a proporcionar a la Compañía aseguradora nombrada arriba o a sus representantes, alguna y toda la información relacionada con la lesión o enfermedad sufrida, los antecedentes médicos, o toda consulta, receta o tratamiento de la persona cuya muerte, lesión, enfermedad o pérdida es la base de la reclamación y copias de todos los registros médicos o del hospital de la persona, incluyendo información relacionada con enfermedades mentales y consumo de drogas y alcohol para determinar la elegibilidad para el pago de beneficios bajo el Número de póliza identificado arriba. Autorizo al titular de la póliza, empleador o administrador del plan de beneficios a proveer a la Compañía aseguradora nombrada arriba la información de empleo y financiera. Entiendo que esta autorización es válida durante un periodo de dos (2) años desde la fecha de la misma, y que una copia de esta autorización debe ser considerada tan válida como la original. Entiendo que yo o mi representante autorizado puedo/puede solicitar una copia de esta autorización.

NUEVA YORK: Toda persona que deliberadamente y con la intención de cometer fraude contra una compañía aseguradora u otra persona presente una solicitud para el seguro o reclamación que contenga información materialmente falsa u oculte con el fin de engañar, información sobre todo hecho material del mismo, cometa un acto fraudulento relacionado con el seguro, que es un delito y estará sujeto a sanción civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación para cada violación.

Firma del representante autorizado o paciente: Fecha:

Si es un representante autorizado, relación con el paciente: Fecha:

O dirección legal designada:

Avisos estatales de fraude

PARA USO EN TODOS LAS SOLICITUDES Y FORMULARIOS DE RECLAMACIONES

GENERAL – TODA PERSONA QUE DELIBERADAMENTE Y CON LA INTENCIÓN DE COMETER FRAUDE CONTRA UNA COMPAÑÍA ASEGURADORA U OTRA PERSONA PRESENTE UNA SOLICITUD PARA EL SEGURO O RECLAMACIÓN O DECLARACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA U OCULTE, CON EL FIN DE ENGAÑAR, INFORMACIÓN SOBRE TODO HECHO MATERIAL DEL MISMO, COMETE UN ACTO FRAUDULENTO.

ALABAMA: TODA PERSONA QUE DELIBERADAMENTE PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO O QUE DELIBERADAMENTE PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DEL SEGURO ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A RESARCIMIENTO, MULTAS O HASTA ENCARCELAMIENTO, O UNA COMBINACIÓN DE LO ANTERIOR.

ALASKA: TODA PERSONA QUE DELIBERADAMENTE Y CON LA INTENCIÓN DE LESIONAR, COMETER FRAUDE O ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGURO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA PUEDE SER PROCESADA DE ACUERDO A LA LEY ESTATAL.

ARIZONA: PARA SU PROTECCIÓN, LA LEY DE ARIZONA EXIGE QUE LO SIGUIENTE APAREZCA EN ESTE FORMULARIO. TODA PERSONA QUE DELIBERADAMENTE PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA QUEDA SUJETA A SANCIONES CIVILES Y PENALES.

ARKANSAS, LOUISIANA, RHODE ISLAND Y WEST VIRGINIA: TODA PERSONA QUE DELIBERADAMENTE PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO DE PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO O QUE DELIBERADAMENTE PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DEL SEGURO ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS O HASTA ENCARCELAMIENTO.

CALIFORNIA: PARA SU PROTECCIÓN, LA LEY DE CALIFORNIA EXIGE QUE LO SIGUIENTE APAREZCA EN ESTE FORMULARIO. TODA PERSONA QUE DELIBERADAMENTE PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO DE PAGO DE UNA PÉRDIDA ES CULPABLE DE DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO EN UNA PRISIÓN DEL ESTADO.

COLORADO: ES ILEGAL BRINDAR DELIBERADAMENTE DATOS O INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA ASEGURADORA CON EL FIN DE COMETER FRAUDE O INTENTAR COMETER FRAUDE CONTRA LA COMPAÑÍA. LAS SANCIONES PUEDEN INCLUIR ENCARCELAMIENTO, MULTAS, NEGACIÓN DEL SEGURO Y DAÑOS CIVILES. TODA COMPAÑÍA ASEGURADORA O AGENTE DE UNA COMPAÑÍA ASEGURADORA QUE DELIBERADAMENTE PROVEA DATOS O INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UN TITULAR DEL SEGURO O DEMANDANTE CON EL FIN DE COMETER FRAUDE O INTENTAR COMETER FRAUDE AL TITULAR DE LA PÓLIZA O DEMANDANTE CON RESPECTO A UNA LIQUIDACIÓN O INDEMNIZACIÓN PAGADERA DE LOS INGRESOS DERIVADOS DEL SEGURO DEBE SER REPORTADO A LA DIVISIÓN DE SEGUROS DE COLORADO DEL DEPARTAMENTO DE AGENCIAS REGULATORIAS.

CONNECTICUT: ESTE FORMULARIO DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD. DISTORSIONAR INFORMACIÓN O NO PRESENTAR DATOS MATERIALES DELIBERADAMENTE RELACIONADOS CON LA LESIÓN PUEDE RESULTAR EN CULPABILIDAD DE DELITO GRAVE.

DELAWARE, IDAHO: TODA PERSONA QUE DELIBERADAMENTE Y CON LA INTENCIÓN DE LESIONAR, COMETER FRAUDE O ENGAÑAR AL ASEGURADOR, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA ES CULPABLE DE DELITO GRAVE.

DISTRITO DE COLUMBIA: ADVERTENCIA: ES UN DELITO PROVEER INFORMACIÓN FALSA O ENGAÑOSA A UN ASEGURADOR CON EL FIN DE COMETER FRAUDE CONTRA EL ASEGURADOR O CONTRA OTRA PERSONA. LAS SANCIONES INCLUIR ENCARCELAMIENTO O MULTAS. ADEMÁS, EL ASEGURADOR PUEDEN NEGAR LOS BENEFICIOS DEL SEGURO SI EL SOLICITANTE PRESENTA INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA RELACIONADA CON UNA RECLAMACIÓN.

FLORIDA: TODA PERSONA QUE DELIBERADAMENTE Y CON LA INTENCIÓN DE LESIONAR, COMETER FRAUDE O ENGAÑAR AL ASEGURADOR, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN O UNA SOLICITUD QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA ES CULPABLE DE DELITO GRAVE DE TERCER GRADO.

HAWÁI: PARA SU PROTECCIÓN, LA LEY DE HAWÁI EXIGE QUE SE LE INFORME QUE PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN FRAUDULENTO DE PAGO POR PÉRDIDAS O BENEFICIOS ES UN DELITO QUE PUEDE SER PENADO CON MULTAS O PRISIÓN, O AMBOS.

INDIANA: UNA PERSONA QUE DELIBERADAMENTE Y CON LA INTENCIÓN DE COMETER FRAUDE PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA COMETE UN DELITO GRAVE.

KANSAS: TODA PERSONA QUE DELIBERADAMENTE Y CON LA INTENCIÓN DE COMETER FRAUDE, PRESENTA, CAUSA QUE SE PRESENTE O PREPARA CON CONOCIMIENTO O CREENCIA QUE EL MISMO SERÁ PRESENTADO A UN ASEGURADOR O DE PARTE DE UN ASEGURADOR, SUPUESTO ASEGURADOR, AGENTE O INTERMEDIARIO, UNA COMUNICACIÓN O UNA DECLARACIÓN ESCRITA, ELECTRÓNICA, POR IMPULSO ELECTRÓNICO POR FAX, MAGNÉTICA, ORAL O TELEFÓNICA COMO PARTE O EN APOYO A UNA SOLICITUD PARA LA EMISIÓN O CALIFICACIÓN DE UNA PÓLIZA DE SEGURO PERSONAL O COMERCIAL O UNA RECLAMACIÓN PARA EL PAGO U OTRO BENEFICIO DE ACUERDO A UNA PÓLIZA DE SEGURO PARA SEGURO COMERCIAL O PENAL QUE TAL PERSONA CONOCE QUE CONTIENE INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA RELACIONADA CON ALGÚN HECHO MATERIAL DEL MISMO, U OCULTA INFORMACIÓN CON EL FIN DE ENGAÑAR, INFORMACIÓN RELACIONADA CON TODO DATO MATERIAL DEL MISMO COMETE UN ACTO FRAUDULENTO DEL SEGURO.

KENTUCKY: TODA PERSONA QUE DELIBERADAMENTE Y CON LA INTENCIÓN DE COMETER FRAUDE CONTRA UNA COMPAÑÍA DE SEGURO U OTRA PERSONA PRESENTA UNA DECLARACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA U OCULTA, CON EL FIN DE ENGAÑAR, INFORMACIÓN RELACIONADA CON TODO HECHO MATERIAL DEL MISMO COMETE UN ACTO FRAUDULENTO DEL SEGURO, QUE ES UN DELITO.

MAINE: ES UN DELITO BRINDAR DELIBERADAMENTE INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA ASEGURADORA CON EL FIN DE COMETER FRAUDE CONTRA LA COMPAÑÍA. LAS SANCIONES PUEDEN INCLUIR PRISIÓN, MULTAS O NEGACIÓN DE LOS DERECHOS DEL SEGURO.

MICHIGAN, NORTH DAKOTA, SOUTH DAKOTA: TODA PERSONA QUE DELIBERADAMENTE Y CON LA INTENCIÓN DE COMETER FRAUDE CONTRA UNA COMPAÑÍA DE SEGURO U OTRA PERSONA PRESENTA UNA DECLARACIÓN DE SEGURO QUE CONTenga INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA U OCULTA, CON EL FIN DE ENGAÑAR, INFORMACIÓN RELACIONADA CON TODO HECHO MATERIAL DEL MISMO, COMETE UN ACTO FRAUDULENTO DEL SEGURO, QUE ES UN DELITO Y TAL PERSONA QUEDARÁ SUJETA A LAS SANCIONES PENALES Y CIVILES QUE CORRESPONDAN.

MINNESOTA: UNA PERSONA QUE PRESENTA UNA RECLAMACIÓN CON LA INTENCIÓN DE COMETER FRAUDE O AYUDA A COMETER UN FRAUDE CONTRA UN ASEGURADOR ES CULPABLE DE UN DELITO.

NEVADA: TODA PERSONA QUE DELIBERADAMENTE PRESENTA UNA DECLARACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN ENGAÑOSA, FALSA O INCOMPLETA PUEDE SER CULPABLE DE UN ACTO PENAL QUE PUEDE SER PUNIBLE BAJO LA LEY ESTATAL O FEDERAL, O AMBAS, Y PUEDE QUEDAR SUJETA A SANCIONES CIVILES.

NEW HAMPSHIRE: TODA PERSONA QUE, CON EL FIN DE LESIONAR, COMETER FRAUDE O ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGURO, PRESENTA UNA DECLARACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA, ESTÁ SUJETA A PROCESAMIENTO JUDICIAL Y CASTIGO POR FRAUDE AL SEGURO, TAL COMO SE DISPONE EN RSA 638.20.

NEW JERSEY: TODA PERSONA QUE DELIBERADAMENTE PRESENTA UNA DECLARACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA O ENGAÑOSA QUEDA SUJETA A SANCIONES CIVILES O PENALES.

NEW MEXICO: TODA PERSONA QUE DELIBERADAMENTE PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO DE PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO O QUE DELIBERADAMENTE PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DEL SEGURO ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS PENALES O MULTAS CIVILES.

NEW YORK: TODA PERSONA QUE DELIBERADAMENTE Y CON LA INTENCIÓN DE COMETER FRAUDE CONTRA UNA COMPAÑÍA ASEGURADORA U OTRA PERSONA PRESENTE UNA SOLICITUD PARA EL SEGURO O RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA U OCULTE, CON EL FIN DE ENGAÑAR, INFORMACIÓN SOBRE TODO HECHO MATERIAL DEL MISMO, COMETE UN ACTO FRAUDULENTO RELACIONADO CON EL SEGURO, QUE ES UN DELITO Y ESTARÁ SUJETO A SANCIÓN CIVIL QUE NO EXCEDERÁ LOS CINCO MIL DÓLARES Y EL VALOR ESTABLECIDO DE LA RECLAMACIÓN PARA CADA VIOLACIÓN.

OHIO: TODA PERSONA QUE, CON LA INTENCIÓN DE COMETER FRAUDE O CON CONOCIMIENTO DE QUE ESTÁ FACILITANDO UN FRAUDE CONTRA UN ASEGURADOR, PRESENTA UNA SOLICITUD O UNA RECLAMACIÓN QUE CONTIENE UNA DECLARACIÓN FALSA O ENGAÑOSA ES CULPABLE DE FRAUDE AL SEGURO.

OKLAHOMA: ADVERTENCIA: TODA PERSONA QUE DELIBERADAMENTE Y CON LA INTENCIÓN DE LESIONAR, COMETER FRAUDE O ENGAÑAR AL ASEGURADOR, PRESENTA UNA RECLAMACIÓN PARA BENEFICIOS DE UNA PÓLIZA DE SEGURO QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE.

PENNSYLVANIA: TODA PERSONA QUE DELIBERADAMENTE Y CON LA INTENCIÓN DE COMETER FRAUDE CONTRA UNA COMPAÑÍA DE SEGURO U OTRA PERSONA PRESENTA UNA SOLICITUD DE SEGURO O UNA DECLARACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA U OCULTA INFORMACIÓN CON EL FIN DE ENGAÑAR, INFORMACIÓN RELACIONADA CON TODO HECHO MATERIAL DEL MISMO, COMETE UN ACTO FRAUDULENTO DEL SEGURO, QUE ES UN DELITO Y TAL PERSONA QUEDARÁ SUJETA A LAS SANCIONES PENALES Y CIVILES QUE CORRESPONDAN.

TENNESSEE, VIRGINIA, Y WASHINGTON: ES UN DELITO BRINDAR DELIBERADAMENTE INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA ASEGURADORA CON EL FIN DE COMETER FRAUDE CONTRA LA COMPAÑÍA. LAS SANCIONES INCLUIR ENCARCELAMIENTO, MULTAS Y NEGACIÓN DE LOS DERECHOS DEL SEGURO.

TEXAS: TODA PERSONA QUE DELIBERADAMENTE PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO DE PAGO DE UNA PÉRDIDA ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO EN UNA PRISIÓN DEL ESTADO.

El seguro está protegido por la National Union Fire Insurance Company of Pittsburgh, Pa. y The Insurance Company of the State of Pennsylvania. AIG Claims, Inc. es un administrador autorizado de reclamaciones para National Union Fire Insurance Company of Pittsburgh, Pa. y The Insurance Company of the State of Pennsylvania.



Consulte la política de privacidad de EE. UU. en www.aig.com/privacy-policy.

SM-11874-19 (NR) R07/19