

# ACCIDENT CLAIM FORM



Gerber Life  
Insurance Company

MAIL TO:  
Administrative Concepts, Inc.  
994 Old Eagle School Road  
Suite 1005  
Wayne, PA 19087-1802  
www.visit-aci.com

**For Customer Service, Call 888-293-9229 and Press "2".**

Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of 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.

## PART A: SCHOOL AND PARENT

Policy No. 13-3799-11 Collective Liability Insurance Cooperative

- (1) School District: \_\_\_\_\_ (2) School ID#: N/A  
(3) School Address: \_\_\_\_\_ (4) School Phone # \_\_\_\_\_  
(5) Student: \_\_\_\_\_ (6) Student's Social Security# \_\_\_\_\_  
(LAST NAME) (FIRST NAME)  
Male   
(7) Grade: \_\_\_\_\_ (8) Birthdate \_\_\_\_\_ (9) Female  (10) Date of Injury \_\_\_\_\_ (11) Time \_\_\_\_\_  
(12) Where did injury occur? \_\_\_\_\_ (13) Date of first treatment \_\_\_\_\_  
(14) How did injury occur? \_\_\_\_\_  
(15) Part of body injured \_\_\_\_\_ (16) Type of sport \_\_\_\_\_  
(17) At the time of injury was the student involved in a school sponsored & supervised activity?  Yes  No  
(18) If athletics, designate:  P.E. Class  Intramural  Interscholastic  Practice  Game  
(19) Under whose supervision? \_\_\_\_\_ Was he/she a witness?  Yes  No  
(20) Signature: X \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

(must be signed by school official unless injury did not occur during school activity.)

**Administrative Concepts, Inc. does not share private health information except as required or permitted by law. We are committed to guarding the private information entrusted to us.**

## PART B: PARENT OR GUARDIAN STATEMENT

- (1) Student's Social Security # \_\_\_\_\_ (2) Date of first treatment \_\_\_\_\_  
(3) Father's Name \_\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_  
(4) Mother's Name \_\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_  
(5) Home Address \_\_\_\_\_  
(STREET) (CITY) (STATE) (ZIP) (HOME PHONE NO.)  
(6) Father's Employer \_\_\_\_\_ Business Phone # \_\_\_\_\_  
(7) Employer's Address \_\_\_\_\_  
(8) Name and Address of other Insurance Company \_\_\_\_\_  
(9) Policy No. \_\_\_\_\_  Group  Individual  Other  No Other Insurance  
(10) Mother's Employer \_\_\_\_\_ Business Phone # \_\_\_\_\_  
(11) Employer's Address \_\_\_\_\_  
(12) Name and Address of other Insurance Company \_\_\_\_\_  
(13) Policy No. \_\_\_\_\_  Group  Individual  Other  No Other Insurance

**AFFIDAVIT:** I verify that the above statement on other insurance is accurate and complete. I understand that the intentional furnishing of incorrect information via the U.S. Mail may be fraudulent and violate federal laws as well as state laws. I agree that if it is determined at a later date that there are other insurance benefits collectible on this claim I will reimburse Administrative Concepts, Inc. to the extent for which Administrative Concepts, Inc. would not have been liable.

**SIGN:** Parent or Guardian: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**PAYMENT WILL BE MADE TO THE PROVIDERS OF SERVICE (HOSPITAL, PHYSICIAN AND OTHERS), UNLESS A PAID RECEIPT OR STATEMENT ACCOMPANIES THE BILL AT THE TIME THE CLAIM IS SUBMITTED.**

To any medical care provider, medical care facility, Insurer, government-sponsored health plan, or employer: I authorize the release of any medical information about me to Administrative Concepts, Inc. or the underwriting company. This applies to all information about the diagnosis, treatment, or prognosis of any illness or injury I now have or have had in the past. The Company will use this information to determine if my claim is eligible. Any information obtained will not be released by the Company except to my primary health insurance carrier (if any) or persons or organizations performing investigative or legal services for the Company in connection with my claim. A copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original and shall remain in effect for one year from the date of authorization. I certify that the information given by me in support of my claim is true and correct.

Patient's or Authorized Representative's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

If Authorized Representative, Relationship to Patient \_\_\_\_\_

or Legal Designation \_\_\_\_\_

STREET

CITY

STATE

ZIP CODE + 4

**ITEMIZED BILLS FOR MEDICAL EXPENSES MUST BE ATTACHED**

## INSTRUCTIONS

1. PART A – must be completed by the school.
2. PART B – must be completed by Parent or Guardian.
3. **This plan of insurance is secondary to any health insurance you have. If you have any other insurance, submit your claim to your other insurer. When you receive their Benefit Statement, send it to ACI (at the address listed below). Attach all itemized medical bills (with diagnosis), you have received to date including this completed form. Later bills can be mailed to the insurance company separately. Please show name of school on all later bills. Please do not submit balance due, balance forward or past due statements for payment. Sending these types of statements will only delay payment, as ACI will need to request an itemized bill.**
4. Mail this report and bills within 30 days after the first treatment to:

**Administrative Concepts, Inc**  
**994 Old Eagle School Road, Suite 1005**  
**Wayne, PA 19087-1802**

**Phone: 888-293-9229**  
**Fax: 610-293-9299**  
**Web: [www.visit-aci.com](http://www.visit-aci.com)**

*The laws of some states require us to furnish you with the following notices:*

**WARNING Any person who knowingly**

**Alaska:** and with intent to injure, defraud, or deceive an insurance company files a claim containing false, incomplete, or misleading information may be prosecuted under state law.

**Arizona, Arkansas and Rhode Island:** presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit is subject to criminal and civil penalties, or **specific to AR and RI** presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

**California:** For your protection California law requires the following to appear on this form: Any person who knowingly presents false or fraudulent claim for payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

**Delaware:** and with intent to injure, defraud or deceive an insurer, files a statement of claim containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony.

**District of Columbia:** 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.

**Florida:** and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer, files a statement of claim or application containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony of the third degree.

**Idaho and Indiana :** and with intent to defraud or deceive any insurance company, files a statement of claim containing any false, incomplete, or misleading information (for Idaho) is guilty of and (for Indiana) commits a felony.

**Kentucky, New York and Pennsylvania:** and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance, or files a statement of claim, containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any material fact thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime, **specific to PA:** subjects such person to criminal and civil penalties and **specific to NY:** 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.

**Louisiana, New Mexico, Texas and West Virginia:** presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss (or **specific to LA, TX and W VA:** who knowingly presents false information on an application for insurance) is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison, (or **specific to NM:** to civil fines and criminal penalties.)

**Maryland:** and willfully presents a false or fraudulent claim for payment of loss or benefit or who knowingly and willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

**New Jersey:** files a statement of claim containing any false or misleading information is subject to criminal and civil penalties.

**Ohio:** 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.

**Oklahoma:** 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.

**Oregon:** and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or a statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material hereto, may be subject to prosecution for insurance fraud.

**Puerto Rico:** and with the intention of defrauding presents false information in an insurance application, or presents, helps, or causes the presentation of a fraudulent claim for the payment of a loss or any other benefit, or presents more than one claim for the same damage or loss, shall incur a felony and, upon conviction, shall be sanctioned for each violation with the penalty of a fine of not less than five thousand (5,000) dollars and not more than ten thousand (10,000) dollars, or a fixed term of imprisonment for three (3) years, or both penalties. If aggravating circumstances are present, the penalty thus established may be increased to a maximum of five (5) years; if extenuating circumstances are present, it may be reduced to a minimum of two (2) years.

**WARNING**

**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.

**Hawaii:** Presenting a fraudulent claim for payment of a loss or benefit is a crime punishable by fines or imprisonment, or both.

**Maine /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 may include imprisonment, fines or a denial of insurance benefits.

**Minnesota:** person who files a claim with intent to defraud or helps commit a fraud against an insurer is guilty of a crime.

**New Hampshire:** Any person who, with a purpose to injure, defraud or deceive any insurance company, files a statement of claim containing any false, incomplete or misleading information is subject to prosecution and punishment for insurance fraud, as provided in RS! 638.20.

**Tennessee and Virginia:** It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurer or insurance company for the purpose of defrauding the insurer or insurance company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.

# ACCIDENT CLAIM FORM



Gerber Life  
Insurance Company

MAIL TO:  
Administrative Concepts, Inc.  
994 Old Eagle School Road  
Suite 1005  
Wayne, PA 19087-1802  
www.visit-aci.com

**For Customer Service, Call 888-293-9229 and Press "2".**

Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of 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.

## PART A: SCHOOL AND PARENT

Policy No. 13-3799-11 Collective Liability Insurance Cooperative

- (1) School District: \_\_\_\_\_ (2) School ID#: N/A  
(3) School Address: \_\_\_\_\_ (4) School Phone # \_\_\_\_\_  
(5) Student: \_\_\_\_\_ (6) Student's Social Security# \_\_\_\_\_  
(LAST NAME) (FIRST NAME)  
Male   
(7) Grade: \_\_\_\_\_ (8) Birthdate \_\_\_\_\_ (9) Female  (10) Date of Injury \_\_\_\_\_ (11) Time \_\_\_\_\_  
(12) Where did injury occur? \_\_\_\_\_ (13) Date of first treatment \_\_\_\_\_  
(14) How did injury occur? \_\_\_\_\_  
(15) Part of body injured \_\_\_\_\_ (16) Type of sport \_\_\_\_\_  
(17) At the time of injury was the student involved in a school sponsored & supervised activity?  Yes  No  
(18) If athletics, designate:  P.E. Class  Intramural  Interscholastic  Practice  Game  
(19) Under whose supervision? \_\_\_\_\_ Was he/she a witness?  Yes  No  
(20) Signature: X \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
*(must be signed by school official unless injury did not occur during school activity.)*

**Administrative Concepts, Inc. does not share private health information except as required or permitted by law. We are committed to guarding the private information entrusted to us.**

## PART B: PARENT OR GUARDIAN STATEMENT

- (1) Student's Social Security # \_\_\_\_\_ (2) Date of first treatment \_\_\_\_\_  
(3) Father's Name \_\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_  
(4) Mother's Name \_\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_  
(5) Home Address \_\_\_\_\_  
(STREET) (CITY) (STATE) (ZIP) (HOME PHONE NO.)  
(6) Father's Employer \_\_\_\_\_ Business Phone # \_\_\_\_\_  
(7) Employer's Address \_\_\_\_\_  
(8) Name and Address of other Insurance Company \_\_\_\_\_  
(9) Policy No. \_\_\_\_\_  Group  Individual  Other  No Other Insurance  
(10) Mother's Employer \_\_\_\_\_ Business Phone # \_\_\_\_\_  
(11) Employer's Address \_\_\_\_\_  
(12) Name and Address of other Insurance Company \_\_\_\_\_  
(13) Policy No. \_\_\_\_\_  Group  Individual  Other  No Other Insurance

**AFFIDAVIT:** I verify that the above statement on other insurance is accurate and complete. I understand that the intentional furnishing of incorrect information via the U.S. Mail may be fraudulent and violate federal laws as well as state laws. I agree that if it is determined at a later date that there are other insurance benefits collectible on this claim I will reimburse Administrative Concepts, Inc. to the extent for which Administrative Concepts, Inc. would not have been liable.

**SIGN:** Parent or Guardian: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**PAYMENT WILL BE MADE TO THE PROVIDERS OF SERVICE (HOSPITAL, PHYSICIAN AND OTHERS), UNLESS A PAID RECEIPT OR STATEMENT ACCOMPANIES THE BILL AT THE TIME THE CLAIM IS SUBMITTED.**

To any medical care provider, medical care facility, Insurer, government-sponsored health plan, or employer: I authorize the release of any medical information about me to Administrative Concepts, Inc. or the underwriting company. This applies to all information about the diagnosis, treatment, or prognosis of any illness or injury I now have or have had in the past. The Company will use this information to determine if my claim is eligible. Any information obtained will not be released by the Company except to my primary health insurance carrier (if any) or persons or organizations performing investigative or legal services for the Company in connection with my claim. A copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original and shall remain in effect for one year from the date of authorization. I certify that the information given by me in support of my claim is true and correct.

Patient's or Authorized Representative's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

If Authorized Representative, Relationship to Patient \_\_\_\_\_

or Legal Designation \_\_\_\_\_

STREET

CITY

STATE

ZIP CODE + 4

**ITEMIZED BILLS FOR MEDICAL EXPENSES MUST BE ATTACHED**

# FORMA de RECLAMO de ACCIDENTE

ENVIE A:

Administrative Concepts, Inc.

994 Old Eagle School Road, Suite 1005

Wayne, PA 19087-1802

Phone: 888-293-9229

www.visit-aci.com



Gerber Life  
Insurance Company

**Para el Servicio de Cliente, Llame 888-293-9229 y Aprieta "2".**

Cualquier persona que presenta a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para el pago de pérdida o beneficio o a sabiendas presenta información falsa en una aplicación para el seguro es culpable de un crimen y puede ser sujetos a multas y confinamiento en prisión..

## PARTE A: ESCUELA Y PADRES

No. de póliza 13-3799-11 Collective Liability Insurance Cooperative

- (1) La Escuela: Distrito: (2) No. de identificación de la escuela: N/A  
(3) La dirección de la Escuela: \_\_\_\_\_ (4) No. de Teléfono de la escuela: \_\_\_\_\_  
(5) Estudiante: \_\_\_\_\_ (6) No. de seguro social del estudiante: \_\_\_\_\_  
(7) El grado: \_\_\_\_\_ (8) La fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ (9) Macho   
Hembra  (10) La fecha de Herida \_\_\_\_\_ (11) Tiempo \_\_\_\_\_  
(12) ¿Dónde ocurrió la herida? \_\_\_\_\_ (13) La fecha de primer tratamiento \_\_\_\_\_  
(14) ¿Cómo ocurrió la herida? \_\_\_\_\_ (15) La parte del cuerpo hirió: \_\_\_\_\_  
(16) El tipo del Deporte \_\_\_\_\_  
(17) ¿En aquel momento de herida fue el estudiante implicado en una escuela patrocinada & actividad supervisada? Sí No  
(18) Si atletismo, designa:  Clase P.E.  Intramuros  Inter-escolástico  Práctica  Juego  
(19) ¿Bajo la supervisión de quién? \_\_\_\_\_ ¿Fue ella/el un testigo? Sí No  
(20) Firma: X \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Debe ser firmado por Oficial de la escuela a menos que herida no ocurriera durante actividad de escuela).

**Administrative Concepts, Inc. no comparte información privada de salud excepto como requeridos o permitidos por la ley. Nosotros son cometidos a proteger la información privada confió a nosotros.**

## PARTE B: DECLARACION de PADRES O GUARDIAN

- (1) No. de seguro social del estudiante \_\_\_\_\_ (2) La fecha de primer tratamiento \_\_\_\_\_  
(3) El Nombre de padre \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_  
(4) El Nombre de madre \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_  
(5) La dirección de casa \_\_\_\_\_  
(6) Empleador de padre \_\_\_\_\_ (CALLE) (CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL) (NO. DE TELEFONO DE SU CASA) -  
El Teléfono del negocio # \_\_\_\_\_  
(7) La Dirección de empleador \_\_\_\_\_  
(8) Denomine y la Dirección de otra Compañía de seguros \_\_\_\_\_  
(9) Número de política \_\_\_\_\_  Grupo  Individuo  Otro  Ningún otro Seguro  
(10) Empleador de madre \_\_\_\_\_ El Teléfono del negocio # \_\_\_\_\_  
(11) La Dirección de empleador \_\_\_\_\_  
(12) Nombre y Dirección de otra Compañía de seguros \_\_\_\_\_  
(13) Número de política \_\_\_\_\_  Grupo  Individuo  Otro  Ningún otro Seguro

**DECLARACION JURADA:** Yo verifico que la declaración antes mencionada de otro seguro es exacta y completa. Yo entiendo que el suministro intencional de incorrecta información a través del EEUU correo puede ser fraudulento y violar las leyes federales, así como las leyes del Estado. Estoy de acuerdo que si se determina en una fecha posterior que hay otros beneficios del seguro que son coleccionables en esta reclamación yo le reembolsará Administrative Concepts, Inc. en la medida en que Administrative Concepts, Inc. no hubiera sido responsables..

**FIRMA:** Padres o el Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**EL PAGO SERA HECHO A LOS PROVEEDORES DE SERVICIO (HOSPITAL, MEDICO Y OTROS), A MENOS QUE UN RECIBO O DECLARACION ACOMPAÑA LA FACTURA EN EL MOMENTO EN QUE EL RECLAMO ES SOMETIDO.**

A cualquier proveedor de atención médica, centro de atención médica, asegurador, plan de salud patrocinado por el Gobierno, o empleador: Yo autorizo la liberación de cualquier información médica acerca de mí a Administrative Concepts, Inc. o la compañía debajo de la escritura. Esto se aplica a toda la información sobre el diagnóstico, tratamiento, o pronóstico de cualquier enfermedad o herida yo ahora tengo o han tenido en el pasado. La Compañía utilizará esta información para determinar si mi reclamación es elegible. Cualquier información obtenida no será lanzada por la compañía excepto a mi primaria compañía de seguro de salud (si existe) o personas o las organizaciones que prestan servicios de investigación o servicios legales para la compañía en conexión con mi reclamo. Una copia de esta autorización será considerada como válida que el original y deberá permanecer en vigor durante un año desde la fecha de autorización. Yo certifico que la información dada por mí en apoyo de mi reclamación es verdadera y correcta.

Firma del Paciente o Representante Autorizado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si Representante Autorizado, la Relación al Paciente \_\_\_\_\_

o Designación Legal \_\_\_\_\_  
(CALLE) (CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

**FACTURAS DETALLADAS PARA GASTOS DE MEDICO DEBEN SER CONECTADOS**

## INSTRUCCIONES

1. PARTE A – Debe ser completado por la escuela.
2. PART B – Debe ser completado por los Padres o Guardián.
3. **Este plan de seguro es secundario a cualquier seguro de enfermedad que usted tiene. Si tiene otro seguro, presenta su reclamo a su otro asegurador. Cuando reciba su Declaración del Beneficio, envíelo a ACI (a la dirección listó abajo). Conecte todas las cuentas médicas detalladas (con diagnóstico), que ha recibido hasta la fecha incluyendo esta forma completada. Las cuentas posteriores pueden ser enviadas a la compañía de seguros separadamente. Por favor indicar el nombre de la escuela en todas las facturas posteriores. Por favor no envíe saldo debido, saldo resumido o vencidas declaraciones para el pago. Enviando estos tipos de declaraciones solo se retrasará pago, como ACI tendrá que solicitar una factura detallada.**
4. Envíe este informe y las facturas en menos de 30 días después del primer tratamiento a:

**Administrative Concepts, Inc.**  
**994 Old Eagle School Road**  
**Suite 1005**  
**Wayne, PA 19087-1802**

**Teléfono: 888-293-9229**  
**Fax: 610-293-9299**  
**Web: www.visit-aci.com**

### *Las leyes de algunos Estados requieren que le brindan los siguientes avisos:*

#### **ADVERTENCIA cualquier persona que a sabiendas**

**Alaska:** y con intención para herir, defraudar, o engañar una compañía de seguros presenta una reclamación que contiene información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesado bajo la ley de estado.

**Arizona, Arkansas y Rhode Island:** presenta un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio es susceptible a criminal y penas civiles, **o específico a AR y RI** presenta información falsa en una aplicación para el seguro es culpable de un crimen y puede ser susceptible a multas y confinamiento en la cárcel.

**California:** Para su protección la ley de California requiere el siguiente aparecer en esta forma: Cualquier persona que a sabiendas presenta un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un crimen y puede ser susceptible a multas y confinamiento en la cárcel estatal.

**Delaware:** y con intención para herir, defraudar o engañar a un asegurador, presenta una declaración de reclamo que contiene falsa, incompleta o engañosa información es culpable de un crimen grave.

**Distrito de Columbia:** Es un crimen para proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora para el propósito de defraudar al asegurador o cualquier otra persona. Las penas incluyen prisión y/o multas. Además, una asegurador puede negar beneficios de seguros si información falsa materialmente relacionada con una reclamo era proporcionó por el solicitante.

**Florida:** y con intención para herir, defraudar, o para engañar a cualquier asegurador, presenta una declaración de reclamo o aplicación que contienen cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpables de un crimen grave del tercer grado.

**Idaho and Indiana:** y con intención para defraudar, o engañar a cualquier compañía de seguros, presenta una declaración de reclamo que contiene falsa, incompleta o engañosa información (para Idaho) es culpable de y (para Indiana) cometa un crimen grave.

**Kentucky, New York y Pennsylvania:** y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona presenta una solicitud de seguro, o presenta un declaración de reclamación, que contiene cualquier materialmente falsa información u oculte, para el propósito de engañosa, información relativa a cualquier hecho material allí a comete un acto fraudulento de seguros, que es un delito, **específico a PA:** sujetos a tal persona al criminal y penas civiles, **y específicas a NY:** también estarán sujetos a una sanción civil máximo de cinco mil dólares y el declaró valor de la reclamación por cada tal violación

**Luisiana, Nuevo México, Tejas y Virginia Occidental:** presenta un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida (**o específico a LA, TX y W VA:** quién a sabiendas presenta falsa información en una aplicación para seguro) es culpable de un crimen y puede ser susceptible a multas y confinamiento en la prisión estatal, (**o específico a NM:** a multa civiles y penas criminales).

**Maryland:** y intencionalmente presenta una reclamación falsa o fraudulenta para pago de pérdida o beneficio o quien a sabiendas y intencionalmente presenta falsa información en la solicitud de seguro es culpable de un crimen y puede ser sujeta a multas y confinamiento en la cárcel.

**Nueva Jersey:** presenta una declaración de reclamo que contiene cualquier falsa o engañosa información está sujeta a sanciones penales y civiles.

**Ohio:** con intención para defraudar o sabiendo que el es facilita un fraude contra un asegurador, envía una aplicación o presenta un reclamo que contienen una falsa o engañosa declaración es culpable de fraude de seguros.

**Oklahoma:** y con intención para herir, defraudar o engañar a cualquier asegurador, hacer cualquier reclamación por los beneficios de una póliza de seguros que contiene cualquier falso, información incompleta o engañosa es culpable de un crimen grave.

**Oregon:** y con intención para defraudar cualquier compañía de seguros o a otra persona presenta una aplicación para el seguro o una declaración de contener de reclamo cualquier información materialmente falsa o oculta para el propósito de engañosa, la información relativa a cualquier material de hecho, puede ser sujeto a acusación para fraude de seguros

**Puerto Rico:** y con la intención de defraudar presentes información falsa en una aplicación de seguro, o presentes, ayudas, o causa la presentación de un reclamo fraudulento para el pago de una pérdida o cualquier otro beneficios o presentes más de un reclamo para el mismo daño o pérdida, deberá incurrir un delito grave y, cuando condenada, deberá ser sancionado por cada violación con una pena de una multa no menos de cinco mil (5.000) dólares y no más de diez mil (10.000) dólares, o un plazo fijo de prisión para tres (3) años, o ambas penas. Si existen circunstancias agravantes, la pena establecida así podrá aumentarse hasta un máximo de cinco (5) años; Si existen circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

#### **ADVERTENCIA**

**Colorado:** Es ilegal para proporcionar a sabiendas hechos falsas, incompletas o engañosas o información a una compañía de seguros para el propósito de estafar o tratar de estafar a la compañía. Las penas pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro, y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o el agente de una compañía de seguros quien a sabiendas proporciona hechos falsas, incompletas o engañosas o información a un tomador del seguro o reclamante para el propósito de estafar o tratar de estafar el tomador del seguro o el reclamante con respecto a un arreglo o premio por pagar del producto de seguro deberá ser informado a la División de Colorado de Seguro dentro del Departamento de Agencias Regulador.

**Hawái:** Presentando una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio es un delito penado con multas o encarcelamiento o los dos

**Maine/Washington:** Es un crimen para proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros para el propósito de defraudar la compañía. Las penas pueden incluir encarcelamiento, multas, o negación de los beneficios del seguro.

**Minnesota:** Persona que presenta un reclamo con intención para defraudar o ayuda a cometer un fraude contra un asegurador es culpable de un crimen.

**Nuevo Hampshire:** Cualquier persona que, con el propósito para herir, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presentas una declaración de reclamo que contenga cualquier falsa, incompleta o información engañosa está sujeto a enjuiciamiento y castigo de fraude de seguros, tal como se prevé en RS! 638.20

**Tennessee y Virginia:** Es un crimen para proporcionar a sabiendas la información falsa, incompleta o engañosa a un asegurador o la compañía de seguros para el propósito de defraudar al asegurador o la compañía de seguros. Las penas incluyen encarcelamiento, multas, y la negación de beneficios del seguro.