

Resumen de beneficios dentales

Número de Grupo: 00520787

Acerca de sus Beneficios:

Una visita al dentista puede ayudarlo a mantener una gran sonrisa y evitar muchos problemas de salud. Pero la atención dental puede ser muy costosa y usted puede verse forzado a invertir en gastos imprevistos. ¿Sabía que una corona puede costar hasta \$1,400¹? El seguro dental de Guardian le ayudará a pagarlo. Con acceso a una de las redes más grandes de proveedores dentales en el país, quienes accedieron a cobrar los honorarios negociados para sus servicios de hasta 30% menos que los cargos promedios en la misma comunidad, usted se beneficiará de menos gastos de su propio bolsillo, atención de calidad de un dentista revisado y analizado, no habrá formularios de reclamación que presentar, y recibirá un excelente servicio al cliente. ¡Inscríbase hoy y sonría la próxima vez que vea a su dentista!

¹<http://health.costhelper.com/dental-crown.html>

Con el plan **PPO**, puede ir a cualquier dentista, pero paga menos dinero de su bolsillo cuando escoge un dentista de una PPO. Fuera de la red, los beneficios están limitados a nuestro programa de honorarios PPO.

| Su plan dental | PPO | |
|---|-------------------------|------------------------|
| Su red es | DentalGuard Preferred | |
| Deducible por Año calendario | <i>Dentro de la Red</i> | <i>Fuera de la Red</i> |
| Individual | \$50 | \$50 |
| Límite familiar | 3 por familia | |
| No aplicable a | Preventiva | Preventiva |
| Cargos cubiertos para usted (coseguro) | <i>Dentro de la Red</i> | <i>Fuera de la Red</i> |
| Atención preventiva | 100% | 80% |
| Atención básica | 80% | 80% |
| Atención mayor | 50% | 50% |
| Ortodoncia | No se cubre | |
| Beneficio máximo anual | \$1000 | \$1000 |
| Traslado del Máximo | Sí | |
| Límite de Traslado | \$500 | |
| Importe Trasladable | \$250 | |
| Importe Trasladable Dentro de la Red | \$350 | |
| Límite Trasladable de la Cuenta | \$1000 | |
| Beneficio Máximo de por Vida para Ortodoncia | No Aplicable | |
| Límites de edad del dependiente | 26 | |

Una muestra de servicios cubiertos for su plan:

| | | PPO | |
|---------------------|--|------------------------------------|------------------------|
| | | <i>El plan paga (en promedio)</i> | |
| | | <i>Dentro de la red</i> | <i>Fuera de la red</i> |
| Atención preventiva | Limpieza (profilaxis) | 100% | 80% |
| | Frecuencia: | Una vez cada 6 meses | |
| | Tratamientos con fluoruro | 100% | 80% |
| | Límites: | Menos de 19 años | |
| | Exámenes bucales | 100% | 80% |
| | Selladores (por diente) | 100% | 80% |
| | Radiografías | 100% | 80% |
| Atención básica | Anestesia* | 80% | 80% |
| | Empastes‡ | 80% | 80% |
| | Cirugía periodontal | 80% | 80% |
| | Mantenimiento periodontal | 80% | 80% |
| | Frecuencia: | Una vez cada 6 meses (Mejorada) | |
| | Tratamiento de conducto/raíz | 80% | 80% |
| | Raspado y alisado radicular (por cuadrante) | 80% | 80% |
| | Extracciones simples | 80% | 80% |
| | Extracciones complejas | 80% | 80% |
| Atención mayor | Puentes y dentaduras postizas | 50% | 50% |
| | Implantes dentales | 50% | 50% |
| | Incrustaciones, incrustaciones oclusales, fundas** | 50% | 50% |
| | Reparación y mantenimiento de coronas, puentes y dentaduras postizas | 50% | 50% |
| | Coronas individuales | 50% | 50% |

Esta es sólo una lista parcial de los servicios dentales. Su certificado de beneficios indicará exactamente qué está cubierto y qué está excluido. **En el caso de PPO o miembros de planes con reintegro, las coronas, los tratamientos de ortodoncia o dentadura y las fundas, se cubren sólo por caries o lesiones u otras patologías cuando la pieza no pueda repararse con una amalgama o material de empaste compuesto. Cuando la cobertura de ortodoncia sea para "Niños" únicamente, el mantenimiento de la ortodoncia puede continuar todo el tiempo que continúe la condición de estudiante de tiempo completo. Si la cobertura de Ortodoncia es para "Adultos y niños", no aplica esta limitación. El número total de limpiezas y procedimientos de mantenimiento periodontal se combina en un período de 12 meses. *Anestesia general - aplican restricciones. ‡En el caso de PPO y miembros de planes con reintegro, podrán aplicarse limitaciones de empastes a empastes compuestos.

Este plan NO incluye cobertura de servicios dentales pediátricos para miembros menores de 19 años de edad, según lo requiere la Ley de Protección del Paciente y Atención Accesible [The Patient Protection and Affordable Care Act], Pub. L. 111-148 y la Ley de Atención Médica y Reconciliación de Educación de 2010 [Health Care and Education Reconciliation Act of 2010], Pub. L. 111-152. La cobertura de servicios dentales pediátricos está disponible en el Estado de Colorado y puede adquirirse como un plan individual. Póngase en contacto con su aseguradora, agente o Connect for Health Colorado para adquirir un plan que incluya cobertura dental pediátrica o un plan dental individual certificado (Exchange-certified) que incluya cobertura dental pediátrica.

Este folleto es una aproximación con propósitos ilustrativos solamente. Si existen discrepancias entre este folleto y lo que aparece en su recibo de salario, prevalecerá lo indicado en su recibo de salario.

Gestione sus beneficios:

Visite www.GuardianAnytime.com para acceder a la información segura sobre sus beneficios de Guardian, incluido el acceso a una imagen de su tarjeta de identificación. Su cuenta en línea se configurará dentro de 30 días luego de la fecha de entrada en vigencia de su plan.

Busque un dentista:

Visite www.GuardianAnytime.com
Haga clic en "Find A Provider" (Buscar un Proveedor); Necesitará saber su plan y red dental, las cuales se pueden encontrar en la primera página de su resumen de beneficio dental.

¿Necesita asistencia?

Llame a la Línea de Ayuda de Guardian al (888) 600-1600, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:30 p.m., horario de la costa Este. Consulte su identificación de miembro (número de seguro social) y su número de plan: 00520787

Llame a la Línea de Ayuda de Guardian si necesita usar sus beneficios dentro de los 30 días de la fecha de entrada en vigencia del plan.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Información importante sobre los planes PPO de DentalGuard Indemnity y DentalGuard Preferred de Guardian: Esta póliza otorga seguro dental únicamente. La cobertura se limita a los gastos que resulten necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades, defectos o lesiones dentales. Se aplican deducibles. El plan no paga lo siguiente: servicios de higiene bucal (salvo los cubiertos dentro de los servicios preventivos); ortodoncia (a menos que se indique expresamente lo contrario); tratamientos cosméticos o experimentales (a menos que se indique expresamente lo contrario); todo tratamiento en que los beneficios sean pagados por cualquier otra parte o por el que no se cobre ningún cargo; dispositivos protésicos a menos que se cumplan ciertas condiciones; y servicios accesorios a tratamiento quirúrgicos. El plan limita los beneficios para consultas de diagnóstico y para servicios preventivos, restauradores, endodónticos, periodónticos y protodónticos. Los servicios,

exclusiones, y limitaciones indicados anteriormente no constituyen un contrato y se ofrecen a modo de resumen únicamente. Los documentos del plan de Guardian son el árbitro definitivo de la cobertura. Contrato N° GP-I-DG2000 y otros.

Limitación Especial de Reintegro y/o PPO: Pérdida o falta de dientes antes de que la persona cubierta quede asegurada por este plan. La persona cubierta puede tener uno o más dientes faltantes de nacimiento o haber perdido uno o más dientes antes de quedar asegurada por este plan. No pagaremos los dispositivos protésicos que reemplacen a dichos dientes, salvo que los dispositivos también reemplacen a uno o más dientes naturales perdidos o extraídos después de que la persona haya quedado cubierta por este plan. R3-DG2000

MATERIAL ADICIONAL

Servicios de matrículas universitarias

Recompensas especiales para los participantes inscritos en el plan dental

Su empleador ha trabajado con Guardian para poner a disposición de los miembros elegibles inscritos en el plan dental los servicios de matrículas universitarias College Tuition Benefit. ¡Bienvenido al programa de recompensas de College Tuition Benefit! Ahora tiene la posibilidad de crear su cuenta de recompensas y comenzar a acumular sus recompensas de matrícula, que pueden ser utilizadas para pagar hasta un año de matrícula en las universidades que forman parte del SAGE Scholar Consortium.

Puede utilizar sus recompensas de College Tuition Benefits en más 340 universidades e institutos terciarios privados de todo el país. El 80 % de las universidades de SAGE han recibido la calificación “America’s Best” (las mejores de Estados Unidos) otorgada por la revista US News and World Reports. El servicio funciona de la siguiente manera:

- Usted recibirá 2000 recompensas por cada año que posea los beneficios del plan dental de Guardian.
- Cada punto de recompensa de matrícula equivale a un descuento en la matrícula de 1 USD.
- Las recompensas de matrícula pueden otorgarse a sus parientes, incluidos hijos, sobrinos y nietos.

Para obtener más información acerca del programa y cómo comenzar, visite www.Guardian.CollegeTuitionBenefit.com y configure su cuenta. Si tiene alguna pregunta, visite el sitio web o comuníquese directamente con College Tuition Benefit al 215-839-0119.

¡Regístrese hoy mismo!

El seguro dental colectivo de Guardian está suscrito por The Guardian Life Insurance Company of America (Guardian) o sus subsidiarias. El programa de recompensas de matrícula es proporcionado por College Tuition Benefit. The Guardian Life Insurance Company of America (Guardian) no proporciona ninguno de los servicios relacionados con este programa. College Tuition Benefit no es una subsidiaria ni afiliada de Guardian. #2014-15077 Venc. 12/16.

(Imprimir y cortar la tarjeta de identificación)

Recompensas de College Tuition Benefits:
Tarjeta de identificación

Regístrese en

www.Guardian.CollegeTuitionBenefit.com

Identificación de usuario: es su número de plan dental de Guardian, el cual podrá encontrar en su tarjeta de identificación del plan dental.

Contraseña: Guardian

f
o
l
d

The College Tuition Benefit
150 E. Swedesford Road, Suite 100
Wayne, PA 19087
Teléfono: (215) 839-0119
Fax: (215) 392-3255

Finding a dentist is easy

Go online – it just takes minutes!

The best way to save money through your dental plan is by seeing a dentist in your plan's network. Guardian's Find a Provider site makes it easy for you to search for a dentist that meets your needs.

Guardian's Find a Provider site is available to you 24 hours a day, 7 days a week.

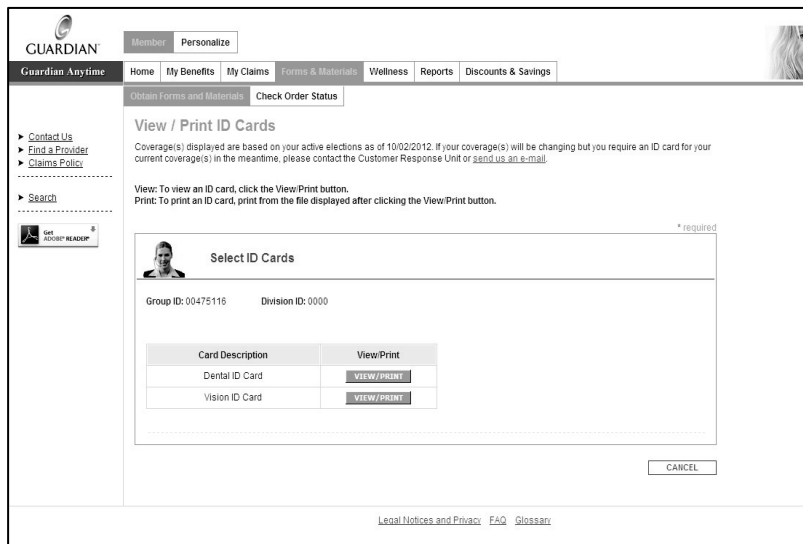
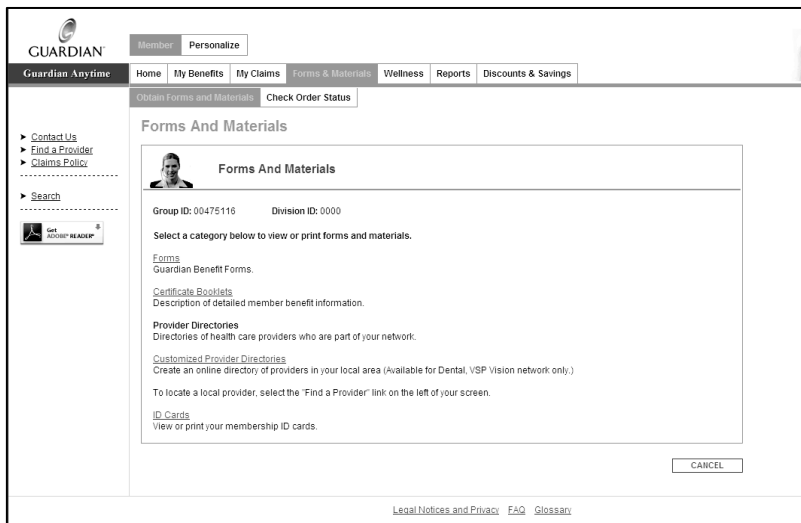
- Customize your search by specialty, languages spoken and more
- Get side-by-side comparisons of dentists' information (ie. office status, distance)
- Create a quick-list of "favorite" dentists — for easy reference online
- Get maps and directions to a dentist's office location
- View your results online or have them faxed or emailed to you
- Save your search criteria for easy access when you revisit the site
- Create a customized directory of dentists
- Nominate a dentist to be included in a network
- And much more!

Just go to www.GuardianAnytime.com and click on "Find a Provider". You can also find a dentist on the go from your smart phone – simply download our app.

It's quick and easy to view and print your Guardian ID card!

Simply register for www.GuardianAnytime.com and follow these instructions!

Step 1: Log-in and click on the ID card link on your Home page, or choose "Forms and Materials."



Step 2: Select View/Print next to the card you want to access

Step 3: Choose Open and you can then save or print your ID card

www.GuardianAnytime.com

PlanHolder:
Test sample for PPO # 288

Your ID number is the subscriber's SSN.
Guardian DentalGuard
Plan Number: G-00123456

Customer Response Unit: 800-541-7846
Submit Claims to: Guardian Group Dental Claims
PO Box 2458
Spokane WA 99210-2458

PROVIDER SELECTION: You are free to decide which provider to use at any time. However, you can generally reduce your out-of-pocket expenses if you use a DentalGuard Preferred PPO network provider.

To find PPO network providers in your area, consult your directory, visit www.GuardianAnytime.com or call the toll free number.

See your benefits booklet for a description of benefits, terms and conditions, limitations and exclusions of coverage.

This card is for identification purposes only and does not guarantee eligibility to receive services.

emdeon

www.GuardianAnytime.com

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



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

Por favor escribir claramente y marcar con cuidado.

| | | |
|---|---|--|
| Nombre del empleador: Big Red F Management Co LLC | Número de plan colectivo: 00520787 | Beneficios con vigencia a partir de: _____ |
| POR FAVOR MARCAR EL CASILLERO QUE CORRESPONDA Inscripción inicial Reinscripción Agregar empleados/dependientes Cancelar/rechazar cobertura Modificar información Aumentar monto Modificación de condición familiar | | |

Clase: Hourly Ees 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: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilad <input type="checkbox"/> Cobra/Continuación estatal | Fecha de contratación a tiempo completo: _____ - _____ - _____ | |

Acerca de su familia: Sírvase incluir los nombres de los dependientes que desea inscribir para la cobertura. Un dependiente es una persona que usted, como contribuyente, tiene a su cargo; alguien que depende de su apoyo financiero; y respecto del cual cumple los requisitos para solicitar una exención de impuestos por dependiente. Las exenciones de impuestos por dependiente están sujetas a las normas y regulaciones del IRS. Es posible que se solicite información adicional de los dependientes no comunes, como nietos, sobrinos o sobrinas.

| | | | |
|--|---------------------|--|--|
| 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) <input type="checkbox"/> Estudiante (educación superior) <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Estudiante (educación superior) <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> 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 |

Cobertura Dental: Para cubrir a sus dependientes, usted debe estar inscrito. Marcar un casillero únicamente.

Empleados solamente Empleados y cónyuge Empleados y dependientes/hijos Empleados, cónyuge y dependientes/hijos

PPO

No deseo esta cobertura. Si no desea esta Cobertura Dental, por favor marque todo lo que corresponda:

Estoy cubierto por otro plan Dental

Mi cónyuge está cubierto por otro plan Dental

Mis dependientes están cubiertos por otro plan Dental

Firma

Entiendo que mis dependientes no pueden inscribirse en una cobertura si yo no estoy inscrito en ella.

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.

Podrán aplicarse exclusiones y limitaciones según el plan. Para obtener datos completos sobre la cobertura, sírvase consultar el cuadernillo de beneficios. Es posible que apliquen limitaciones según el estado.

Su cobertura no 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, en reemplazo de copias en papel, en la medida de lo permitido por las leyes aplicables. 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: 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 _____

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 un 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 la siguiente declaración en este formulario: La falsedad de cualquier declaración en la solicitud no impedirá el derecho de recuperación según la póliza, a menos que dicha declaración falsa haya sido realizada con la intención real de engañar o a menos que haya afectado sustancialmente la aceptación del riesgo o el riesgo asumido por el asegurador.

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, Nebraska, y 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.

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.

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.

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.

