INSTRUCCIONES DE RECLAMACIONES — Seguros para accidentes de fútbol (SAI) para jóvenes de Cal South

Estas instrucciones deben usarse para completar el FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SAI para lesiones que ocurran en eventos sancionados en Cal South A PARTIR DEL 1.º de julio de 2025 hasta el 30.º de junio de 2026.

****NOTA: El formulario de reclamación, COMO SE INDICA A CONTINUACIÓN, debe ser entregado a AIG Accident & Health Claims Dept. (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 30 días posteriores al primer tratamiento. Una vez que cualquier otra 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. Sugerimos que conserve copias de todo lo enviado a AIG.

INFORMACIÓN GENERAL - Hay un periodo de beneficio de 52 semanas a partir del 1.º de julio de 2025 hasta el 30.º de junio de 2026. Las lesiones deben persistir hasta ese periodo de tiempo. **El primer tratamiento realizado para lesiones debe realizarse dentro de los 90 días posteriores a la lesión. AIG debe recibir el formulario de reclamación dentro de los 30 días de que se realice el primer gasto de tratamiento.**

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 las EOB (explicación de beneficios) del seguro primario. Si no existe una cobertura primaria, la cobertura de SAI actuará como el seguro primario sujeto a todas las condiciones y términos de la póliza.

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN - El formulario de reclamación debe ser entregado para 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 ser completada en su totalidad y debe estar firmada por todas las partes que aparecen, La Sección C debe completarse en su totalidad y debe estar firmada por todas las partes que aparecen, 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. 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 acostumbrados, 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 solamente o junto con su seguro primario. **Provéales el nombre y dirección de correo postal de AIG (que se indica abajo) y solicite que ellos presenten los formularios de facturación de seguro requeridos.** El consultorio del médico debe entregar un CMS 1500. Una sala de emergencias o un hospital deben 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 una reclamación completa en su totalidad o que se necesite información adicional, el formulario será suspendido, y la información adicional será solicitada por el servicio postal de los Estados Unidos. Envíe la información solicitada inmediatamente a AIG Accident & Health Claims Dept. para impedir demoras en la adjudicación de su reclamación.

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN – 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 hubiese uno*.		
Si la reclamación fue enviada primero al seguro primario, se adjuntan copias de las EOB (Explicación de Beneficios) *si están disponibles,* adjunta.		
¿Ha solicitado que las facturas médicas detalladas, CMS1500 o UB04, se entreguen directamente al AIG Accident & Health Claims Dept.? ■ Dirección: AIG Accident & Health Claims, Po Box 25987, Shawnee Mission, KS 66225-5987		
¿Ha completado en su totalidad las Partes A y B del formulario de reclamación?		
¿La Parte C ha sido completada en su totalidad y la han firmado todos los funcionarios que corresponden?		

ENVÍO DE LOS DOCUMENTOS Y LOS FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN

Una vez que se complete, el demandante debe 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 66225-5987,
Teléfono: 800-551-0824, Fax: 866-893-8574, Correo electrónico: **ahclaims@aig.com**
(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 de AIG al **800-551-0824**.

CAL SOUTH FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR ACCIDENTES – PROGRAMA NO CERTIFICADO DE JÓVENES

AIG Accident & Health Claims
P.O. Box 25987, Shawnee Mission, KS 66225
Teléfono: 800-551-0824, Fax: 866-893-8574, 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: California State Soccer Association – South

N.º de póliza: SRG 00099137641-B (Non-Registered Youth Program)

Dirección de la organización: 2166 W. Broadway, #1034 Anaheim, CA 92804

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: _____ N.° de Seguro Social/Visa/Tarjeta verde: _____

Género de la persona lesionada: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Explique CÓMO ocurrió la lesión y describa la naturaleza de la lesión: _____

Parte lesionada del cuerpo: _____ Fecha de la lesión: _____

Describa DÓNDE ocurrió el accidente: _____

Ubicación/Nombre del campo: _____ Ubicación/Nombre del torneo: _____

¿La persona lesionada estaba participando en una actividad bajo la jurisdicción de la organización (titular de la póliza) en el momento del accidente? Sí ☐ o No ☐

Nombre del supervisor de la actividad: _____ ¿Él/ella fue testigo del accidente? Sí ☐ o No ☐

Parte B – Seguro primario (debe ser completada en su totalidad y debe estar firmada por todas las partes)

¿La persona lesionada tiene cobertura con otro plan de seguro contra accidentes 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: _____

Nombre del empleador: _____ Número de teléfono del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

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

Nombre del padre o tutor varón: _____ N.° de Seguro Social/Visa/Tarjeta verde: _____

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

Nombre de la madre o tutora mujer: _____ N.° de Seguro Social/Visa/Tarjeta verde: _____

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

Parte C – Verificación del miembro afiliado (a ser completado por el entrenador de la liga/club de Cal South y el presidente)

Nº de ID del miembro afiliado (3 dígitos): _____ Nº de ID del jugador: _____

Nombre de la liga/club del afiliado: _____ Tipo de juego: ☐ Competitivo ☐ Campo/Clínica ☐ Recreativo/Firma

Por el presente doy fe que el demandante es un jugador debidamente registrado en Cal South y que la lesión ocurrió durante un evento sancionado por Cal South.

Firma del entrenador del demandante lesionado de Cal South: _____ Fecha: _____

Firma del presidente del miembro afiliado de Cal South: _____ Fecha: _____

POR EL PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

California: Para su protección, la ley de california exige que lo siguiente aparezca en este formulario: Toda persona que deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta de pago de una pérdida es culpable de un delito y puede quedar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión del estado.

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, asociación, 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 por el plazo de cobertura de la Póliza identificada arriba 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.

Autorizo el pago de beneficios médicos al médico o proveedor por los servicios prestados. Sí ☐ o No ☐

Firma del representante autorizado o demandante: _____ Fecha: _____

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

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 FRAUDULENTA 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 PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA QUEDA SUJETA A SANCIONES CIVILES Y PENALES.

ARKANSAS, LOUISIANA, RHODE ISLAND Y WEST VIRGINIA: TODA PERSONA QUE DELIBERADAMENTE PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA 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 PRESENTE INFORMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA PARA OBTENER COBERTURA DE SEGUROS O MODIFICARLA, O PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN DE PAGO DE UN SINIESTRO ES CULPABLE DE UN DELITO Y SE CASTIGARÁ CON MULTAS Y PENAS DE CÁRCEL EN UNA PRISIÓN ESTATAL.

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, PRESENTA 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 INCLUYEN 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, PRESENTA 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 FRAUDULENTA 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 PRESENTA 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 FRAUDULENTA 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 ÉL O ELLA ESTÁN 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 INCLUYEN PRISIÓN, MULTAS Y NEGACIÓN DE LOS DERECHOS DEL SEGURO.

TEXAS: TODA PERSONA QUE DELIBERADAMENTE PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA 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**.