UNITE HERE HEALTH

Your Health Fund | Su fondo de salud

Life insurance beneficiary form

Formulario de beneficiario de seguro de vida

Return completed form to:

Devuelva el formulario completo a:

Mailing Address/Dirección de envio

UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Dr.
Aurora, IL 60504

Fax

(630) 236-4392

Email/Correo electrónico

updates@uhh.org

We're always careful with your information, but please remember email is not always private or secure.

Siempre somos cuidadosos con su información, pero recuerde que el correo electrónico no siempre es privado o seguro.

BlueCross BlueShield of Illinois

BENEFICIARY DESIGNATION FORM INSTRUCTIONS

Purpose: Employees should use this form to designate or make changes to the beneficiaries of their Group Insurance death proceeds.

Effect of Completed Beneficiary Designation:

- The information on this form will replace any prior beneficiary designation.
- This designation is only valid if completed, signed and on file with the Employer/Group Administrator prior to the Employee's death.
- You may name anyone or any entity as your beneficiary, except the policyholder, and you may change your beneficiary at any time by completing a new Beneficiary Designation form.
- If there is no named beneficiary, or the named beneficiary predeceased the insured, settlement will be made in accordance with the terms of your certificate of coverage.

PLEASE COMPLETE SECTIONS 1 AND 2, AND IF APPLICABLE, SECTION 3. PRINT, SIGN AND DATE THE FORM AND RETURN TO YOUR EMPLOYER/GROUP ADMINISTRATOR.

☐ **Section 1 - Employee Information**

- All information in this section is required.

☐ **Section 2 - Designations**

- The designations will apply to ALL coverages offered under the Employer's group plan.
- This form allows you to name up to five primary and five contingent beneficiaries. If you need additional space, please attach a separate sheet of paper.
- ***Designation of Percentages:*** You are not required to list specific percentages.
    - If you designate percentages, the total for all primary beneficiaries must equal 100% and the total for all contingent beneficiaries must equal 100%.
    - If no percentages are specified, the proceeds will be split evenly among those surviving named primary beneficiaries, and if none, then those surviving named contingent beneficiaries.
    - If there is no named beneficiary, or the named beneficiary predeceased the insured, settlement will be made in accordance with the terms of your certificate of coverage.
- **Primary Beneficiaries** are those who will receive the benefits in the event of the Employee's death. In the event that a designated primary beneficiary predeceases the insured, the proceeds will be paid to the remaining primary beneficiaries in equal shares or all to the sole remaining primary beneficiary.
- **Contingent Beneficiaries** are those who will receive the benefits if no Primary Beneficiary is living at the time of the Insured's death. In the event that a designated contingent beneficiary predeceases the insured, the proceeds will be paid to the remaining contingent beneficiaries in equal shares or all to the sole remaining contingent beneficiary.
- **Specific Designations:**
- You can name an individual, corporation/organization, trust, or an estate as a beneficiary. The following examples may be helpful in designating beneficiaries:
    - **Trust as Beneficiary Designation** can be done by using the following written statement for a living trust: "To [name of trustee], trustee of the [name of trust], under a trust agreement dated [date of trust]." If you wish to designate a testamentary trust as beneficiary (i.e. created by will), you should recognize the possibility that your will which was intended to create a trust may not be admitted to probate (because it is lost, contested or suspended by a later will). Claim payment delays can result if the beneficiary designation does not provide for this situation. At the time of claim, proof of the existence of the trust, W-9 for the trust and trustee information will be required for payment of benefits to the named trust. **
    - **Minors as Beneficiary Designation** can be done by using this document. However, please note if your beneficiary is a minor at the time of claim, payments may be delayed due to special issues raised by these designations. **
    - **Dependent Beneficiary** - In the event dependent benefits are payable, the employee is the beneficiary and may not be changed by this designation.
    - **Foreign Beneficiary –** If a named beneficiary is not a U.S. Citizen, a U.S. resident alien or other U.S. person for tax purposes, they will be required at the time of claim to complete form W-8BEN. Knowing that this information is needed and should be submitted with a claim will help expedite the processing of any benefits due. In addition, please make sure that the address and contact information is up to date.

**You may want to obtain the assistance of an attorney to help consider any special circumstances before drafting your beneficiary designation.

Signature – Please make sure the employee's signature is recorded and dated. If the signature is based on power of attorney or as guardian, provide the documentation providing authority for the signatory to act on behalf of the Employee. Acceptance of the form by an Employer or Group is not acceptance that the signatory is authorized to make changes to beneficiaries.

☐ **Section 3 - Community Property**

- If you are married, review the Community Property Section to determine if your spousal consent for the designations should be obtained.

It is important to keep your beneficiary designation up to date. Please make sure you have reviewed all three sections and make a copy for your records before delivering the form to your Employer/Group Administrator.

Insurance products issued by Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148. Blue Cross and Blue Shield of Illinois is the trade name of Dearborn Life Insurance Company, an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

R020123 I X6053_star_BCBSIL

BlueCross BlueShield of Illinois

BENEFICIARY DESIGNATION FORM

Section 1 - Employee Information

Employee/Retired Employee Name	SSN	Date of Birth (mm/dd/yyyy)	Primary Telephone Number

Home Address	City	State	Zip

Employer/Group	Group Policy Number

Section 2 - Designations

PRIMARY BENEFICIARY DESIGNATIONS - Note: If percentages are listed, the total of the combination must equal 100%.

Primary Beneficiary Name	Birth Date	Relationship	Social Security #	Address	%

CONTINGENT BENEFICIARY DESIGNATIONS - Note: If percentages are listed, the total of the combination must equal 100%.
DO NOT LIST PRIMARY BENEFICIARIES BELOW THIS LINE

Contingent Beneficiary Name	Birth Date	Relationship	Social Security #	Address	%

Employee/Retired Employee Signature _____ **Date** _____

Section 3 - Community Property States

Important Note For Married Employees: If you live in a community property state/territory, you should obtain the signature of your spouse if your spouse will not be named as a primary beneficiary. Community property states/territories currently include: AZ, CA, ID, LA, NM, NV, TX, WA and WI. Payment of benefits may be delayed or disputed unless your spouse consents to waive his or her rights to any community property interest in the benefits. We have provided below a "Spousal Consent for Community Property States" for your spouse's signature. **BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF ILLINOIS WILL NOT BE LIABLE FOR DAMAGES DUE TO ANY DELAY OR DISPUTE IN PAYMENT OF BENEFITS IF YOU CHOOSE NOT TO OBTAIN YOUR SPOUSE'S SIGNATURE. Spousal Consent for Community Property States/Territories:** I hereby consent to the beneficiaries designated above by my spouse. This consent supersedes any prior spousal consent I may have given under this plan.

Spouse Signature _____ Date _____ ☐ Employee has no legal spouse

Insurance products issued by Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148. Blue Cross and Blue Shield of Illinois is the trade name of Dearborn Life Insurance Company, an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

R020123 I X6053_star_BCBSIL

BlueCross BlueShield of Illinois

Fraud Notices

Administrative Office: 701 E. 22nd Street, Lombard, Illinois 60148

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

FOR APPLICATIONS AND CLAIMS:

Alabama: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to restitution fines or confinement in prison, or any combination thereof.

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

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.

District of Columbia: WARNING: 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.

Hawaii: For your protection, Hawaii law requires you be informed that presenting a fraudulent claim for payment of a loss or benefit is a crime punishable by fines or imprisonment, or both.

Kentucky: Any person who knowingly 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 thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime.

Maryland: Any person who knowingly or willingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly or 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 Mexico: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to civil fines and criminal penalties.

Ohio: Any person who, with intent to defraud or knowingly 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: Any person who knowingly, and with intent to injure, defraud or deceive any insurer, makes any claim for the proceeds of an insurance policy containing false, incomplete or misleading information is guilty of a felony.

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

Puerto Rico: Any person who knowingly 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 dollars ($5,000) and not more than ten thousand dollars ($10,000), or a fixed term of imprisonment for three (3) years, or both penalties. Should aggravating circumstances be 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.

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

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

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 include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.

West Virginia: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

Insurance products issued by Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148. Blue Cross and Blue Shield of Illinois is the trade name of Dearborn Life Insurance Company, an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

R010122 I Z6291_LC_BCBSIL

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

FOR CLAIMS ONLY:

Alaska: A person who knowingly 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: For your protection, Arizona law requires the following statement to appear on this form. Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss is subject to criminal and civil penalties.

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

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

Idaho: Any person who knowingly, and with intent to defraud or deceive any insurance company, files a statement of claim containing false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony.

Indiana: A person who knowingly and with intent to defraud an insurer files a statement of claim containing any false, incomplete, or misleading information commits a felony.

Minnesota: A 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 NH RSA 638:20.

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

Texas: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

FOR APPLICATIONS ONLY:

New Jersey: Any person who includes any false or misleading information on an application for an insurance policy is subject to criminal and civil penalties.

Insurance products issued by Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148. Blue Cross and Blue Shield of Illinois is the trade name of Dearborn Life Insurance Company, an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

BlueCross BlueShield of Illinois

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Propósito: Los empleados deben usar este formulario para designar beneficiarios o modificar los beneficios existentes de su grupo.

Efecto de la designación de beneficiarios completa:

- La información en este formulario reemplazará a cualquier designación de beneficiarios precedente.
- Esta designación solo tiene validez si está completa y firmada, y si acompaña el expediente que tiene el administrador del grupo o empleador antes de que ocurra el fallecimiento del empleado.
- Puede designar a cualquier persona o entidad como su beneficiario (excepto el titular de la póliza), y puede cambiar de beneficiario en cualquier momento completando un nuevo formulario de designación de beneficiario.
- Si no designó a un beneficiario o si el beneficiario designado falleció antes que el asegurado, se llegará a un acuerdo en conformidad con los términos de su certificado de cobertura.

COMPLETE LAS SECCIONES 1 Y 2 Y, SI CORRESPONDE, LA SECCIÓN 3. IMPRIMA ESTE FORMULARIO Y COLOQUE SU FIRMA Y FECHA ANTES DE ENTREGÁRSELO A SU ADMINISTRADOR DE GRUPO O EMPLEADOR.

☐ **Sección 1: información del empleado**

- Toda la información en esta sección es obligatoria.

☐ **Sección 2: designaciones**

- Las designaciones aplicarán a TODAS las coberturas ofrecidas dentro de la cobertura como prestación laboral (grupal) del empleador.
- Este formulario le permite designar hasta cinco beneficiarios principales y cinco contingentes. Si necesita espacio adicional, añada una hoja de papel.
- ***Designación de porcentajes:*** No es necesario que indique porcentajes específicos.
  - Si designa porcentajes, el total de todos los beneficiarios principales debe ser igual a 100 % y el total de todos los beneficiarios contingentes debe ser igual a 100 %.
  - Si no especifica porcentajes, los beneficios se dividirán en forma igual entre los beneficiarios principales que hayan sobrevivido y, de no haber ninguno, se dividirán entre los beneficiarios contingentes que hayan sobrevivido.
  - Si no designó a un beneficiario o si el beneficiario designado falleció antes que el asegurado, se llegará a un acuerdo en conformidad con los términos de su certificado de cobertura.
- **Beneficiario principal:** es la persona o las personas que recibirán los beneficios en caso de fallecimiento del asegurado. En el caso de que un beneficiario principal fallezca antes que el asegurado, los beneficiarios principales que sobrevivan recibirán los beneficios en porciones iguales o todo irá al único beneficiario principal que sobreviva.
- **Beneficiarios contingentes:** son las personas que recibirán los beneficios si los beneficiarios principales no están vivos al momento del fallecimiento del asegurado. En el caso de que un beneficiario contingente fallezca antes que el asegurado, los beneficiarios contingentes que sobrevivan recibirán los beneficios en porciones iguales o todo irá al único beneficiario contingente que sobreviva.
- **Designaciones específicas:**
- Usted designa a una persona, corporación, organización, fideicomiso o sucesión indivisa como beneficiario. Los siguientes ejemplos pueden ser útiles para designar beneficiarios:
  - **Fideicomiso como designación de beneficiario:** se puede hacer usando la siguiente declaración escrita: “A [nombre del fideicomisario], fideicomisario del [nombre del fideicomiso], en virtud de un acuerdo de fideicomiso de fecha [fecha del fideicomiso]”. Si usted desea designar un fideicomiso testamentario como beneficiario (es decir, creado por testamento), debe reconocer la posibilidad de que el testamento que tuvo por finalidad la creación de un fideicomiso pueda no ser admitido para su homologación (porque se pierde, es impugnado o suspendido por un testamento posterior). Pueden ocurrir retrasos en el pago de la reclamación si la designación del beneficiario no prevé esta situación. Al momento de la reclamación, para que se efectúe el pago de los beneficios al fideicomiso designado, será necesario presentar un comprobante de la existencia del fideicomiso, un formulario W-9 para el fideicomiso y la información del fideicomisario. **
  - **Menores de edad como designación de beneficiario:** puede hacerse usando este documento. Sin embargo, tenga en cuenta que si su beneficiario es menor de edad en el momento de la reclamación, los pagos pueden retrasarse debido a cuestiones especiales planteadas por estas designaciones.**
  - **Beneficiario dependiente**: en el caso de que haya beneficios por pagar al dependiente, el empleado es el beneficiario y no se puede modificar por medio de esta designación.
  - **Beneficiario extranjero**: si un beneficiario designado no es ciudadano o residente estadounidense ni una persona estadounidense a efectos fiscales, al momento de la reclamación, deberá completar un formulario W-8BEN. Es necesario tener conocimiento de esta información y se debe enviar junto a la reclamación para poder agilizar el procesamiento de los beneficios adeudados. Además, le pedimos que mantenga actualizadas la dirección y la información de contacto.

** Usted puede consultar a un abogado que lo ayude a considerar cualquier circunstancia especial antes de redactar su designación de beneficiarios.

Firma: asegúrese de que se registre la firma del empleado junto a la fecha. Si la firma es de una persona con un poder notarial o de un tutor, proporcione la documentación que demuestre la capacidad del firmante para actuar en representación del empleado. La aceptación del formulario por parte de un empleador o grupo no implica la aceptación de que el firmante está autorizado a modificar los beneficiarios.

☐ **Sección 3: propiedad comunitaria**

- Si usted está casado, revise la sección de propiedad comunitaria para determinar si es necesario obtener el consentimiento de su cónyuge para las designaciones.

Es importante que mantenga actualizada la designación de beneficiarios. Asegúrese de haber revisado las tres secciones y haga una copia para sus registros antes de entregar el formulario a su empleador o administrador de grupo.

Los productos de seguro son emitidos por Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St., Suite 300, Lombard, IL 60148. Blue Cross and Blue Shield of Illinois es el nombre comercial de Dearborn Life Insurance Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de las coberturas independientes de Blue Cross and Blue Shield.

R020123 | X6053_star_BCBSIL

BlueCross BlueShield of Illinois

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Sección 1: información del empleado

Nombre del empleado/empleado jubilado	N. º del Seguro Social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de teléfono principal

Dirección particular	Ciudad	Estado	Código postal

Empleador o grupo	Número de póliza de grupo

Sección 2: designaciones

DESIGNACIONES DE BENEFICIARIOS PRINCIPALES. Nota: Si se indican porcentajes, el total de la combinación debe ser igual al 100 %.

Nombre del beneficiario principal	Fecha de nacimiento	Relación	N.º del Seguro Social	Dirección	%

DESIGNACIONES DE BENEFICIARIOS CONTINGENTES. Nota: Si se indican porcentajes, el total de la combinación debe ser igual al 100 %.
NO INCLUYA BENEFICIARIOS PRINCIPALES DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Nombre del beneficiario contingente	Fecha de nacimiento	Relación	N.º del Seguro Social	Dirección	%

Firma del empleado/empleado jubilado _____ **Fecha** _____

Sección 3: estados con régimen de propiedad comunitaria

Nota importante para los empleados casados: Si usted vive en un estado/territorio donde está vigente el régimen de propiedad comunitaria, deberá obtener la firma de su cónyuge si usted no lo designará como beneficiario principal. Los estados/territorios con régimen de propiedad comunitaria incluyen: AZ, CA, GU, ID, LA, NM, NV, PR, TX, WA y WI. El pago de beneficios puede retrasarse o impugnarse a menos que su cónyuge consienta renunciar a sus derechos a recibir los beneficios que le correspondan en virtud de su participación en la propiedad comunitaria. Más abajo se incluye un consentimiento conyugal para los estados con régimen de propiedad comunitaria para que lo firme su cónyuge. **BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF ILLINOIS NO SERÁ RESPONSABLE POR DAÑOS DERIVADOS DE CUALQUIER DEMORA O DISPUTA EN EL PAGO DE BENEFICIOS SI USTED DECIDE NO OBTENER LA FIRMA DE SU CÓNYUGE. Consentimiento conyugal para los estados/territorios con régimen de propiedad comunitaria:** Por la presente, autorizo a los beneficiarios designados por mi cónyuge. Este consentimiento sustituye cualquier consentimiento conyugal previo que pueda haber dado en virtud de este plan.

Firma del cónyuge_____ Fecha _____ ☐ El empleado no tiene cónyuge legal

Los productos de seguro son emitidos por Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St., Suite 300, Lombard, IL 60148. Blue Cross and Blue Shield of Illinois es el nombre comercial de Dearborn Life Insurance Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de las coberturas independientes de Blue Cross and Blue Shield.

R020123 | X6053_star_BCBSIL

BlueCross BlueShield of Illinois

Aviso de Fraude

Oficinas administrativa: 701 E. 22nd Street, Lombard, Illinois 60148

Las leyes de algunos estados nos exigen que le proporcionemos el siguiente aviso:

PARA SOLICITUDES Y RECLAMOS:

Alabama: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio; o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución y confinamiento en prisión, o una combinación de ambos.

California: Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o enmendar la cobertura del seguro o para hacer un reclamo por el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar, con pleno conocimiento, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros, con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación de seguro y responsabilidad civil. Toda compañía de seguros o representante de una compañía de seguros que, con pleno conocimiento, proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un titular de la póliza o a una persona que presente un reclamo, con el fin de defraudar o intentar defraudar a dicha persona con respecto a un pago o una suma de dinero pagadera como resultado de la recaudación del seguro, se denunciará ante la división de seguros de Colorado, en el departamento de agencias reguladoras.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar a la aseguradora o a otra persona constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro en caso de que el solicitante presentara información falsa sustancialmente relacionada con un reclamo.

Hawái: Por su seguridad, la ley de Hawái exige que se le informe que presentar un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio es un delito castigado con multas o prisión, o ambos.

Kentucky: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa, o encubra, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho importante, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito.

Maryland: Toda persona que, con pleno conocimiento o deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio; o que, con pleno conocimiento o deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Nuevo México: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

Ohio: Toda persona que, con intención de defraudar o con pleno conocimiento de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguro.

Oklahoma: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, haga un reclamo por el producto de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

Pensilvania: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa, o encubra, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho importante comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito y sujeta a la persona a sanciones civiles y penales.

Puerto Rico: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude u ocasione la presentación de un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida o de cualquier otro beneficio, o presente más de un reclamo por el mismo daño o pérdida, cometerá un delito grave. Al condenarla, se la sancionará por cada violación con una multa de por lo menos cinco mil dólares ($5,000), pero de no más de diez mil dólares ($10,000), o con un período fijo de tres (3) años en prisión, o con ambas sanciones. En caso de que se presentaran circunstancias agravantes, la sanción establecida puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años. Si se presentaran circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Rhode Island: Cualquier persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Tennessee: Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

Los productos de seguro son emitidos por Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148. Blue Cross and Blue Shield of Illinois es el nombre comercial de Dearborn Life Insurance Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de los planes de Blue Cross and Blue Shield.

R010122 I Z6291_SP_BCBSIL

Las leyes de algunos estados nos exigen que le proporcionemos el siguiente aviso:

PARA SOLICITUDES Y RECLAMOS (continuado):

Washington: Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

West Virginia: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

PARA RECLAMOS ÚNICAMENTE:

Alaska: Una persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada según las leyes estatales.

Arizona: Por su seguridad, la ley de Arizona exige que lo siguiente figure en este formulario. Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida está sujeta a sanciones civiles y penales.

Arkansas: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Delaware: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Idaho: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Indiana: Una persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

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

Nuevo Hampshire: Toda persona que, con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a una acción judicial y a una pena por fraude de seguro, conforme a la legislación del estado de Nuevo Hampshire, NH RSA 638:20.

Nuevo Jersey: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Texas: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

PARA SOLICITUDES ÚNICAMENTE:

Nuevo Jersey: Toda persona que incluya información falsa o engañosa en la solicitud de una póliza de seguro estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Los productos de seguro son emitidos por Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148. Blue Cross and Blue Shield of Illinois es el nombre comercial de Dearborn Life Insurance Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de los planes de Blue Cross and Blue Shield.