



How to File a Claim

For an accident that occurs as part of an event or activity covered by Mutual of Omaha Activity Accident Insurance.

Please review the information on the following pages.

For assistance with claims information, processes, etc., contact Lisa Namnath:

Lisa Namnath
Director of Risk Management & IT
Girl Scouts of Eastern Missouri
2300 Ball Drive
St. Louis, MO 63146
T 314.592.2317
lnamnath@girlscoutsem.org

If Lisa Namnath is not available, call 1-800-727-4475 and press "3" for the Answer Center.

How to File a Claim

The Claim Form (M18979) is prepared by the Girl Scout volunteer or another authorized person, usually one who was at the scene of the accident and familiar with the circumstances.

Volunteer's or Other Activity Representative's Procedures

When a Girl Scout, Adult Member or participant is injured during a supervised Girl Scout activity, the volunteer should follow these directions to claim benefits.

1. Have Parent/Guardian of injured participant or injured adult participant complete and sign appropriate sections of claim form.
2. Volunteer or Activity Representative must complete and sign the front of the Claim Form as soon as reasonably possible. Be sure to provide all the information required to expedite processing and to avoid delay.
3. Submit an itemized billing complete with diagnosis, date(s) and procedure code(s).
4. Keep a copy of all for your records.
5. Send the original to the Council for validation along with any available bills for covered expenses which have been incurred.

Claims will not be processed without Council signature.

Council Procedures

1. The Council receives the completed Claim Form and reviews for: membership status or purchase of optional insurance, eligibility, presence of a bill and that the activity information provided is sufficient to confirm the claim is for a Girl Scout related accident (or illness).
2. The Activity Information section shown on the Claim Form must be completed. When marking this section, exercise good judgment (i.e.,

while at camp a girl falls over a log while walking across the beach. The Aquatic section should not be marked, as she was not in or on the water. The appropriate section is Slips/Falls and Other (carpet, log, stairs, etc.)

3. The Council Official's signature is required.
4. Councils should not sign blank forms and release to the volunteer. Remember, United of Omaha relies on the Council to verify that the claim is for a Girl Scout related accident (or illness).
5. Mark all appropriate levels (e.g., a Girl Scout Senior is serving as a Day Camp Aide or Resident Camp Counselor, check 4. Senior and 9. Seasonal Staff).
6. Send the original copy (with any bills) to:

United of Omaha Life Insurance Company
Special Risk Services
P.O. Box 31156
Omaha, NE 68131

7. Retain a copy for Council records.

Questions on insurance claims should be referred to the P.O. Box number shown in No. 6, or call 1-800-524-2324.

Only the Insurance Company can interpret the coverage as it applies to a specific claim. United of Omaha cannot answer Girl Scout program questions.



Girl Scouts of the U.S.A. Claim Form

Mail any additional bills (properly identified by injured person and Council name) to:

Special Risk Services
P.O. Box 31156
Omaha, Nebraska 68131
1-800-524-2324



Claimant Information – All Questions Must Be Answered

Claim is made under the following Plan:

- Plan 1 – Basic Coverage
- Plan 3E – Extended Event
- Plan 3P – Extended Event
- Plan 3PI – International Extended Event
- International Inbound

Enrollment Request ID: _____
(Applicable to Optional Coverages only)

Name of claimant	Identification Number	Age	Date of Birth
Claimant's address	Number and Street	City	State ZIP Code
If claimant is a minor, name of parent or guardian		Phone Number () -	
Address of parent or guardian	Number and Street	City	State ZIP Code

If your organization has selected coverage containing a Nonduplication amount, the benefits will be considered as follows: The Nonduplication amount, as stated in your selected coverage, of medically necessary services and supplies can be paid regardless of other insurance coverage. For expenses over the Nonduplication amount, or if you expect the total to exceed the Nonduplication amount, you must submit to your primary insurance carrier. We require their Explanation of payment even if it is applied to your deductible. If Denied, send a copy of your denial notice. Include itemized bills.

Father, Guardian or Claimant's (if adult)

Employer's Name and Address:

Phone No. () -

Mother, Guardian or Spouse's Employer's

Name and Address:

Phone No. () -

Name of all companies providing your insurance coverage or prepaid health plans.

Name of Company	Address	Policy or Certificate No.

If you do not have other coverage, sign and date the following statement.

I, _____, on _____, verify there is no other insurance coverage available for these and all expenses related to this claim.

I hereby certify that all above information is true and complete.

I verify that I have read and understand the fraud statement for my state that accompanied this form.

New York Claimants: 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 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. (PURSUANT TO 11 NYC RR86)

Signature (Parent/Guardian)

Date

ATTACH ITEMIZED BILLS WITH A DOCTOR'S DIAGNOSIS

M18979_0515

GIRL SCOUT LEADER STATEMENT

Troop Number _____

Level:

- 0 Daisy
 1 Brownie
 2 Junior

- 3 Cadette
 4 Senior
 5 Adult Member

- 6 Nonmember Child
 7 Nonmember Adult
 8 Staff

- 9 Seasonal Staff
 51 Ambassador

Name of Council _____

Council No. _____

Phone Number

() -

Council's address _____

Number and Street _____

City _____

State _____

ZIP Code _____

Date and place of accident or sickness

Date and location _____

Nature and details of injury or sickness _____

Activity information

Type of activity (check below):

1. Autos/Vehicles 2. Slips/Falls on/at/over/from 3. Using Tools 4. Aquatics (in/on water) 6. Skating
 Driver Equipment/Furniture Saw Swimming/Diving Roller
 Passenger Animals Knife Boating/Canoeing Ice
 Pedestrian Other (carpet, log, stairs, etc.) Stove Water Skiing 7. Illness/Sickness
 Other (carpet, log, stairs, etc.) Kiln 5. Poisonous Plants/Insects (poison ivy/bee stings) 8. Other Accident

Overnight events

Was this an overnight event? Yes No If "Yes," number of nights _____

Name of event: _____

Indicate dates of attendance from _____ to _____

Troop validation or authorized activity representative's validation

We hereby certify that the insured person is a currently registered Girl Scout or that the required premium for insurance coverage has been paid for this person and that the claimant was participating in an authorized Girl Scout activity as described above.

Activity Representative's Signature/Troop Leader's Signature _____

Date _____

Street Address _____

City _____

State _____

ZIP Code _____

Did injury occur during course of employment? Yes No**Claims covered by the Council's workers' compensation policy should not be submitted to United of Omaha.**

COUNCIL USE ONLY

I certify that this injury or sickness occurred as described and that the activity was sponsored and supervised by the Girl Scouts.

Council Official's Signature _____

Date _____

Authorization for Release of Information

I authorize the Mutual of Omaha Insurance Company and/or its affiliated companies to disclose my or my children's personal information to Girl Scouts U.S.A. for purposes of claim confirmation.

The personal information may include such items as claim and medical information, including diagnosis, mental and physical condition, prescription drug records, and other related claim information.

I understand that I may refuse to sign this authorization. My refusal to sign will not affect my enrollment, my eligibility for benefits or my ability to obtain payment, but may delay the processing of my claim.

If the person or entity to whom information is disclosed is not a health care provider or health plan subject to federal privacy regulations, the information may be redisclosed without the protection of the federal privacy regulations.

Unless revoked earlier, this authorization will remain in effect for 24 months from the date I sign it. I understand that I may revoke this authorization at any time, by written notice to: Mutual of Omaha Insurance Company, ATTN: Special Risk Claims, Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175.

I understand that I am entitled to receive a copy of the signed authorization.

Signature _____

Date _____

Relationship to Insured _____

Claim Fraud Statements



The following fraud language is attached to, and made part of this claim form. Please read and do not remove these pages from this claim form.

- ** **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.
- ** **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, Louisiana and 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.
- ** **California:** For your protection California law requires the following to appear on this form. 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.
- ** **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.
- ** **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.
- ** **District of Columbia:** WARNING: It is a crime to provide false or misleading information to an 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:** Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of claim or an application containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony of the third degree.
- ** **Idaho:** Any person who knowingly, and with intent to defraud or deceive any insurance company, files a statement containing any 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.
- ** **Kentucky:** Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance 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.

- ** **Maine:** 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.
- ** **Maryland:** Any person who knowingly or willfully 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.
- ** **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 of insurance fraud, as provided in 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.
- ** **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 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 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:** WARNING: 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 any 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.
- ** **Tennessee, Virginia, and 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.
- ** **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.
- ** **If you live in a state other than mentioned above, the following statement applies to you:** Any person who knowingly, and with intent to injure, defraud or deceive any insurer or insurance company, files a statement of claim containing any materially false, incomplete, or misleading information or conceals any fact material thereto, may be guilty of a fraudulent act, may be prosecuted under state law and may be subject to civil and criminal penalties. In addition, any insurer or insurance company may deny benefits if false information is related to a claim by the claimant.

Exploradoras de los EE. UU. Formulario de demanda

Envíe por correo facturas adicionales (identificadas de forma adecuada por la persona herida y por nombre de la municipalidad) a:

Servicios de riesgo especial
Apartado de correos 31156
Omaha, Nebraska 68131
1-800-524-2324



Información del demandante – Todas las preguntas deben ser respondidas

La demanda es realizada bajo el siguiente plan:

- Plan 1 – Cobertura básica
- Plan 3E – Evento extendido
- Plan 3P – Evento extendido
- Plan 3PI – Evento extendido internacional
- Entrada internacional

ID de solicitud de afiliación: _____
(Solo aplica para coberturas opcionales)

Nombre del demandante	Número de identificación	Edad	Fecha de Nacimiento	
Domicilio del demandante	Número y calle	Ciudad	Estado	Código postal
Si el demandante es menor, nombre del padre o tutor	Número de teléfono		() -	
Domicilio del padre o tutor	Número y calle	Ciudad	Estado	Código postal

Si su organización ha seleccionado una cobertura que contiene un monto de no duplicación, los beneficios será considerados como se muestra a continuación: El monto de no duplicación, como se indicó en su cobertura seleccionada, de servicios y suministros médicamente necesarios puede ser pagado sin importar otras coberturas de seguro. Debe enviar los gastos sobre el monto de no duplicación o si espera que el total exceda el monto de no duplicación, a su compañía de seguros. Requerimos la explicación de su pago aún si ha sido aplicado a su deducible. Si es denegado envíe una copia de su notificación de negación. Incluya facturas detalladas.

Padre, tutor legal o demandante (si es adulto)

Nombre y domicilio del empleador: _____
Número de teléfono () -

Nombre y domicilio de la madre, tutora o esposa: _____
Número de teléfono () -

Nombre de todas las compañías que le brindan cobertura de seguro o planes de salud prepagos.

Nombre de la Compañía	Domicilio	Número de póliza o de certificado
-----------------------	-----------	-----------------------------------

Si no tiene otra cobertura, firme y póngale fecha a la siguiente declaración.

Yo, _____, el día _____, confirmo que no tengo otra cobertura de seguro disponible para esto y todos los gastos relacionados con esta demanda.

Por medio de la presente certifico que toda la información es verdadera y completa

Confirmando que he leído y comprendido la declaración de fraude para mi estado incluida en este formulario.

emandantes de Nueva York: TODA PERSONA QUE, A SABIENDAS Y CON EL FIN DE DEFRAUDAR CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA, ENVÍE UNA SOLICITUD DE SEGURO O UNA DECLARACIÓN DE DEMANDA QUE CONTenga CUALQUIER INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA U OCULTA INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL MISMO CON EL FIN DE ENGAÑO, COMETE UN ACTO FRAUDULENTO DE SEGUROS, LO CUAL ES UN CRIMEN Y ESTARÁ SUJETO A UNA MULTA CIVIL QUE NO EXCEDERÁ LOS CINCO MIL DÓLARES Y EL VALOR ESTABLECIDO DE LA DEMANDA POR DICHA VIOLACIÓN. (DE ACUERDO A 11 NYC RR86)

Firma (Padre/Tutor)

Fecha

ADJUNTE LAS FACTURAS DETALLADAS CON EL DIAGNÓSTICO DEL MÉDICO

M19063_SP_0515

DECLARACIÓN DE LA LÍDER DE LAS EXPLORADORAS

Número de tropa _____ Nivel: 0 Daisy 3 Cadette 6 Niña no miembro 9 Personal de temporada
 1 Brownie 4 Senior 7 Adulto no miembro 51 Embajador
 2 Junior 5 Miembro adulto 8 Personal

Nombre de la municipalidad _____ No. de municipalidad _____ Número de teléfono () - _____

Domicilio de la municipalidad _____ Número y calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha y lugar del accidente o enfermedad	Fecha y ubicación	Naturaleza y detalles de la herida o enfermedad
--	-------------------	---

Información de la actividad	Tipo de actividad (marque las casillas a continuación):							
	1. <input type="checkbox"/> Autos/vehículos <input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Peatón	2. <input type="checkbox"/> Resbalones/caídas sobre/en/hacia/desde <input type="checkbox"/> Equipos/muebles <input type="checkbox"/> Animales <input type="checkbox"/> Otros (alfombra, maderas, escaleras, etc.)	3. <input type="checkbox"/> Con herramientas: <input type="checkbox"/> Sierra <input type="checkbox"/> Cuchillo <input type="checkbox"/> Estufa <input type="checkbox"/> Horno <input type="checkbox"/> Otro	4. <input type="checkbox"/> Acuática (en/sobre agua) <input type="checkbox"/> Natación/Buceo <input type="checkbox"/> Navegación en bote/canoa <input type="checkbox"/> Esquí acuático	5. <input type="checkbox"/> Plantas/insectos venenosos (Picadura de abeja/hiedra venenosa)	6. <input type="checkbox"/> Patinaje <input type="checkbox"/> Sobre ruedas <input type="checkbox"/> Sobre hielo	7. <input type="checkbox"/> Enfermedad	8. <input type="checkbox"/> Otro accidente

Eventos que duran toda la noche ¿Qué es un evento que dura toda la noche? Sí No Si indica "Sí", cantidad de noches _____
 Nombre del evento: _____
 Indique las fechas de asistencia desde _____ hasta _____

Tropa validación o autorizada actividad representantes validación
 Certificamos por medio de la presente que la persona asegurada se encuentra actualmente registrada como Exploradora o que la prima requerida para el seguro ha sido pagada para esta persona y que el demandante se encontraba participando de una actividad de las Exploradoras aprobada como se describe anteriormente.

Firma del representante de la actividad/Firma de la líder de la tropa _____ Fecha _____

Domicilio Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿La herida tuvo lugar durante el empleo? Sí No
Las demandas cubiertas por la póliza de compensación de la municipalidad para trabajadores no deberían ser enviadas a United of Omaha.

SOLO PARA USO DEL MUNICI-PALIDAD
 Certifico que esta lesión o enfermedad ocurrió como se describió y que la actividad fue patrocinada y supervisada por las Exploradoras.

Firma del oficial de la municipalidad _____ Fecha _____

Authorización para la divulgación de la Información

Autorizo a la Compañía de seguros Mutual of Omaha o empresas afiliadas a divulgar mi información personal o la de mis hijos a las Exploradoras de los EE. UU. a fines de confirmar la demanda.

La información personal podría incluir elementos tales como información acerca de la demanda e información médica, incluyendo el diagnóstico, estado mental y físico, registros de medicamentos prescritos y otra información relacionada con la demanda.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negación para firmar no afectará mi afiliación, mi elegibilidad para obtener beneficios o mi habilidad para obtener un pago pero podría demorar el proceso de mi demanda.

Si la persona o entidad a quien la información es divulgada no es un proveedor de atención médica o un plan de salud sujeto a regulaciones federales de privacidad, la información podría volver a ser divulgada sin la protección de las regulaciones federales de privacidad.

A menos que haya sido revocada anteriormente, esta autorización permanecerá vigente por 24 meses desde la fecha en que la firmé. Entiendo que podría revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a: Mutual of Omaha Insurance Company, ATTN: Demandas de riesgo especial, Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175.

Comprendo que me corresponde recibir una copia firmada de la autorización.

 Firma

 Fecha

 Relación con el asegurado

Declaraciones de Fraude

Se adjunta el siguiente lenguaje de fraude y se lo hace parte de este formulario de demanda. Por favor leer y no eliminar estas hojas de este formulario de demanda.

- ** **Alabama:** Toda persona que a sabiendas presente una demanda falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que presente información falsa en una aplicación para un seguro, es culpable de un crimen y se le podrán aplicar multas y arresto en prisión o cualquier combinación de estos.
- ** **Alaska:** Una persona que a sabiendas y con intento de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros inicie una demanda que contenga información falsa, incompleta o engañosa, podría ser procesada bajo la ley estatal.
- ** **Arizona:** Para su protección, la ley de Arizona requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente una demanda falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida está sujeta a multas civiles o penales.
- ** **Arkansas, Louisiana y Rhode Island:** Toda persona que a sabiendas presente una demanda falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que presente información falsa en una aplicación para un seguro, es culpable de un crimen y se le podrán aplicar multas y arresto en prisión.
- ** **California:** Para su protección, la ley de California requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Toda persona que a sabiendas presente una demanda falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un crimen y se le podrán aplicar multas y arresto en la prisión estatal.
- ** **Colorado:** Es ilegal brindar, a sabiendas, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con los fines de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las penalidades podrían incluir encarcelamiento, multas, negación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas brinde información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o demandante con el fin de defraudar o intentar defraudar al asegurado o demandante con respecto a un arreglo o premio pagadero del seguro de los beneficios del seguro, deberá ser reportado a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias regulatorias.
- ** **Delaware:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, inicie una declaración de demanda que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.
- ** **Distrito de Columbia:** ADVERTENCIA: Es un crimen brindar información falsa o engañosa a un asegurador o a cualquier otra persona. Las multas incluyen encarcelamiento o multas. Además, un asegurador podría negar los beneficios del seguro si la información falsa materialmente relacionada con una demanda fue brindada por el solicitante.
- ** **Florida:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, inicie una declaración de demanda o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado.
- ** **Idaho:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, inicie una declaración que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.
- ** **Indiana:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a un asegurador, inicie una declaración de demanda que contenga información falsa, incompleta o engañosa está cometiendo un delito.
- ** **Kentucky:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar cualquier compañía de seguros u otra persona inicie una solicitud de seguro que contenga información materialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho material relacionado con la misma, comete un acto fraudulento de seguros, lo cual es un crimen.

- ** **Maine:** Es ilegal brindar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía. Las multas podrían incluir encarcelamiento, multas o negación de los beneficios del seguro.
- ** **Maryland:** Toda persona que a sabiendas presente una demanda falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas o deliberadamente presente información falsa en una aplicación para un seguro, es culpable de un crimen y se le podrán aplicar multas y arresto en prisión.
- ** **Minnesota:** Una persona que inicie una demanda con la intención de defraudar o ayudar a cometer un fraude contra un asegurador es culpable de un crimen.
- ** **New Hampshire:** Toda persona que con el fin de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros inicie una demanda que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a procesamiento y castigo por fraude de seguros como se indica en RSA 638:20.
- ** **Nueva Jersey:** Cualquier persona que a sabiendas inicie una declaración de demanda que contenga información falsa o engañosa está sujeta a multas criminales y civiles.
- ** **Nuevo México:** Toda persona que a sabiendas presente una demanda falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud para la aplicación de un seguro es culpable de un crimen y se le podrán aplicar multas civiles y penales.
- ** **Ohio:** Toda persona que con intención de defraudar o que a sabiendas facilite un fraude contra un asegurador, envíe una aplicación o inicie una demanda que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de un fraude de seguros.
- ** **Oklahoma:** ADVERTENCIA: Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, inicie un reclamo por los beneficios de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.
- ** **Pennsylvania:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar cualquier compañía de seguros u otra persona, inicie una solicitud de seguro o declaración de seguro que contenga información materialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho material relacionado con la misma, comete un acto fraudulento de seguros, lo cual es un crimen y hace que dicha persona pueda recibir multas penales y civiles.
- ** **Puerto Rico:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o presente o ayude o provoque la presentación de una demanda fraudulenta por el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio o presente más de una demanda por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito y tras la condena será sancionada por cada violación con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5,000) y no más de diez mil dólares (\$10,000) o un término fijo de encarcelamiento por tres (3) años o ambas multas. Si se presentaran circunstancias agravantes, la multa establecida podría ser aumentada a un máximo de cinco (5) años, si se presentaran circunstancias atenuantes, podría ser reducida a un mínimo de dos (2) años.
- ** **Tennessee, Virginia y Washington:** Es ilegal brindar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía. Las multas incluyen encarcelamiento, multas o negación de los beneficios del seguro.
- ** **Texas:** Toda persona que a sabiendas presente una demanda falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un crimen y se le podrán aplicar multas y arresto en la prisión estatal.
- ** **Si vive en un estado que no sea ninguno de los mencionados anteriormente, la siguiente declaración aplica para usted:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador o compañía de seguros, inicie una demanda que contenga información materialmente falsa, incompleta o engañosa u oculte cualquier hecho material relacionado con la misma, podría ser culpable de un acto fraudulento y podría ser procesada según la ley estatal y podría recibir multas civiles y penales. Además, cualquier asegurador o compañía de seguros podría negar los beneficios si el solicitante brinda información falsa relacionada con una demanda.