

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UN RECLAMO



Revise la información incluida a continuación para entender lo que necesita para que procesemos su reclamo. Todos los formularios del paquete para presentar un reclamo, a excepción de la Constancia del médico tratante (si su póliza la exige), deben ser completados por el paciente. Si el paciente es menor de edad, el titular de la póliza será responsable de completar los formularios.

Documentos necesarios

Formularios del paquete para presentar un reclamo (incluidos en este paquete)

1. **Formulario de autorización de la HIPAA para divulgaciones de información sobre la salud protegida de un reclamante:** Lea, firme y feche la autorización para divulgar información sobre la salud según las disposiciones del formulario. Este formulario nos autorizará a obtener la información necesaria para procesar su reclamo.
2. **Formulario de autorización de la HIPAA para divulgaciones de información sobre la salud protegida de una persona asegurada a representantes personales designados:** Si el paciente quiere autorizar a una persona a llamar a nuestra oficina o conversar con nosotros sobre información confidencial de la póliza o el reclamo, debe completar el formulario. El paciente también puede proporcionar una copia de un Poder legal permanente general vigente, en lugar de este formulario.
3. **Advertencias sobre fraude:** Lea la advertencia sobre fraude correspondiente al estado donde se emitió la póliza. La advertencia sobre fraude se aplica a todos los formularios de reclamo y documentos relacionados que se envíen para el procesamiento de reclamos.
4. **Constancia del médico tratante:** Proporcione al médico tratante primario la Constancia del médico tratante (APS, por sus siglas en inglés) para que la complete. Envíe la APS junto con los demás formularios necesarios (**no se necesita para reclamos de exámenes de detección del cáncer, reclamos de transporte o reclamos de procedimientos quirúrgicos en un hospital**). Si no se puede obtener un formulario de APS, aceptaremos una factura detallada, específicamente una UB-04. No es necesario presentar una APS junto con una factura detallada del hospital. Se debe proporcionar una u otra.
5. **Formulario de reclamo:** Llene el formulario en su totalidad e incluya una firma y la fecha de la firma. Si falta información, el procesamiento del reclamo podría demorarse.

Otra documentación

Consulte su póliza para determinar si se necesita alguna información adicional para el procesamiento del reclamo.

1. Facturas bien detalladas o informes quirúrgicos para las operaciones, si corresponde.* Todas las facturas deben incluir el nombre del paciente y las fechas del servicio.
2. Facturas bien detalladas de servicios ambulatorios, como paciente internado, de hospitales, centros médicos o médicos, que pueden incluir formularios de facturación uniforme UB-04 del hospital.**
3. **Registros médicos:** Es posible que solicitemos registros médicos de los médicos que atendieron al paciente antes y/o después de la fecha de entrada en vigor de la póliza. En caso de que usted nos proporcione los registros médicos directamente, es posible que necesitemos verificar y/u obtener información adicional a través de su profesional de cuidado de la salud. Le notificaremos si necesitamos los registros médicos.***
4. Comprobantes de pagos, descuentos o ajustes de otros seguros, que pueden incluir Explicaciones de beneficios o documentos de sus otros seguros que muestren los ajustes o descuentos. Si no tiene otro seguro o Medicaid, indíquelo cuando envíe sus reclamos.
5. **Formulario de transporte:** Este formulario está disponible si lo solicita. Envíe el formulario de transporte únicamente si presenta un reclamo por un beneficio de transporte proporcionado por su póliza. Consulte su póliza para determinar si tiene un beneficio de transporte.

Cómo enviar su reclamo

Puede enviar los reclamos por fax o por correo. Recuerde hacer referencia a su número de póliza en los documentos del reclamo. Envíelos por fax al **877.826.6237** o por correo a **Cigna Supplemental Benefits | PO Box 5700 | Scranton, PA 18505**

Una vez que se establece un reclamo, pueden enviarse las facturas para el reembolso a medida que se incurre en el servicio. Le pedimos que incluya su número de póliza para facilitar la localización de su reclamo abierto.

** Tenga en cuenta que Cigna no solicitará las facturas. Las facturas deben ser enviadas por la persona asegurada.

*** Para colaborar con nuestros esfuerzos de prevención del fraude, queremos avisarle que todos los registros médicos son solicitados a través de un proveedor externo que tiene experiencia en la obtención de registros médicos y de conformidad con todas las normas de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés); solo se aceptarán registros médicos a través de este proveedor y no es necesario que intervenga ninguna otra parte.

Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, entre las que se incluye Loyal American Life Insurance Company. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Administración de productos de seguro de salud complementario para: Continental General Insurance Company.

FORMULARIO DE RECLAMO DEL SEGURO DE SALUD COMPLEMENTARIO



Instrucciones

Este formulario es para reclamar beneficios del seguro de salud complementario. Su reclamo se demorará o se devolverá si no se siguen estas instrucciones. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional con la misma información que el formulario y el número de póliza.

Cómo enviar su reclamo:

Envíe la documentación de su reclamo por fax al **877.826.6237** o por correo a **PO Box 5700, Scranton, PA 18505.**

¿Tiene preguntas?

Llame a Servicio al Cliente al **866.459.4272** (de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este) o escriba un correo electrónico al Departamento de Reclamos de Seguros de Salud y de Vida a **CSBHealthClaims@Cigna.com.**

Información sobre el paciente/titular de la póliza

1. Nombre del titular de la póliza (nombre, inicial del 2.º nombre, apellido)	2. Número de póliza/contrato	3. El reclamo es para <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	4. Número de teléfono diurno
5. Nombre del paciente (nombre, inicial del 2.º nombre, apellido)	6. Fecha de nacimiento del paciente	7. Sexo del paciente <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	8. N.º del Seguro Social del paciente
9. Dirección postal del paciente (calle, ciudad, estado y código postal)	10. Incluya una solicitud escrita para que se actualicen su nombre o dirección	10a. Cambio de dirección <input type="checkbox"/> Sí 10b. Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Sí	11. ¿El paciente tiene Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "sí", proporcione el n.º de Medicaid.

El reclamo se presenta por:

12. Seleccionar una opción <input type="checkbox"/> Angioplastia <input type="checkbox"/> Cirugía aórtica <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Examen de detección del cáncer	<input type="checkbox"/> Carcinoma localizado <input type="checkbox"/> Estado de coma <input type="checkbox"/> Cirugía de <i>bypass</i> aortoconarario <input type="checkbox"/> Enfermedad crítica <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal terminal	<input type="checkbox"/> Ataque al corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca <input type="checkbox"/> Cirugía de reemplazo/reparación de válvula cardíaca <input type="checkbox"/> Internación hospitalaria	<input type="checkbox"/> Unidad de cuidados intensivos <input type="checkbox"/> Trasplante de un órgano principal (corazón) <input type="checkbox"/> Trasplante de un órgano principal (a excepción de corazón) <input type="checkbox"/> Parálisis (no provocada por un derrame cerebral)	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Quemaduras graves <input type="checkbox"/> Otra (especifique a continuación): _____	13. Fecha del diagnóstico
				14. Fecha en que aparecieron los síntomas por primera vez	

Información sobre el profesional de cuidado de la salud del paciente

18. Enumere **todos** los médicos y hospitales de los que el paciente recibió tratamiento durante los últimos cinco años. Adjunte una página por separado, de ser necesario.

Nombre completo del médico/hospital	Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)	Medicamentos de especialidad	Fecha en que le vieron por primera vez	Número de teléfono

Certificación

El hecho de suministrar estos formularios, o la aceptación de estos formularios como constancia por parte de la Compañía, no debe interpretarse como una admisión de responsabilidad por parte de la Compañía ni como una renuncia a ninguna de las condiciones del contrato de seguro.

Firma del paciente (o del titular de la póliza si el paciente es menor de edad)	Fecha de la firma
---	-------------------

Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, entre las que se incluye Loyal American Life Insurance Company. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. *Administración de productos de seguro de salud complementario para:* Continental General Insurance Company.

CONSTANCIA DEL MÉDICO TRATANTE



Instrucciones

Este formulario debe ser completado en su totalidad por el médico tratante primario. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional y asegúrese de incluir su número de póliza.

Cómo enviar su reclamo:

Envíe la documentación de su reclamo por fax al **877.826.6237** o por correo a **PO Box 5700, Scranton, PA 18505.**

¿Tiene preguntas?

Llame a Servicio al Cliente al **866.459.4272** (de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este) o escriba un correo electrónico al Departamento de Reclamos de Seguros de Salud y de Vida a **CSBHealthClaims@Cigna.com.**

Información sobre el paciente/titular de la póliza

1. Nombre del paciente (nombre, inicial del 2.º nombre, apellido)	2. Fecha de nacimiento del paciente	3. Sexo del paciente	4. N.º del Seguro Social del paciente
5. Dirección del paciente (calle, ciudad, estado, código postal)	6. Nombre del titular de la póliza (nombre, inicial del 2.º nombre, apellido)		
	7. Número de póliza/contrato		

Información sobre el diagnóstico/síntomas del paciente

8. Indique el diagnóstico o la descripción de la enfermedad/lesión.

1.

2.

3.

4.

9. Fecha del diagnóstico	10. Fecha en que consultó por la condición por primera vez	11. Fecha en que aparecieron los síntomas por primera vez	12. Fecha de la última vez que recibió tratamiento
13a. ¿El paciente alguna vez tuvo los mismos síntomas o síntomas similares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		14a. ¿La condición se debió a un accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
13b. Si la respuesta es "sí", proporcione detalles, incluidas las fechas de tratamiento y el diagnóstico		14b. Si la respuesta es "sí", ¿cómo ocurrió el accidente?	

Información sobre el médico tratante

Nombre del médico tratante en letra de molde	Firma del médico tratante	Fecha
--	---------------------------	-------

Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, entre las que se incluye Loyal American Life Insurance Company. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Administración de productos de seguro de salud complementario para: Continental General Insurance Company.

CONSTANCIA DEL MÉDICO TRATANTE



Instrucciones

Este formulario debe ser completado en su totalidad por el médico tratante primario. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional y asegúrese de incluir su número de póliza.

Cómo enviar su reclamo:

Envíe la documentación de su reclamo por fax al **877.826.6237** o por correo a **PO Box 5700, Scranton, PA 18505.**

¿Tiene preguntas?

Llame a Servicio al Cliente al **866.459.4272** (de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este) o escriba un correo electrónico al Departamento de Reclamos de Seguros de Salud y de Vida a **CSBHealthClaims@Cigna.com.**

Información sobre el paciente/titular de la póliza

Número de póliza/contrato

Información sobre tratamiento anterior/referencia/internación hospitalaria/centro médico

15a. ¿El paciente recibió tratamiento de otro médico antes del que proporcionó usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	16. Brinde la siguiente información si usted le dio una referencia al paciente para que consulte a otro médico.	
15b. Si la respuesta es "sí", proporcione el nombre y la dirección de todos los médicos conocidos.		
Nombre y dirección del médico (calle, ciudad, estado y código postal)	Nombre	
Nombre y dirección del médico (calle, ciudad, estado y código postal)	Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)	
Nombre y dirección del médico (calle, ciudad, estado y código postal)	Número de teléfono	Fecha de la referencia:
Nombre y dirección del médico (calle, ciudad, estado y código postal)	18. Para los servicios de hospitalización, proporcione la información del centro médico.	
17a. ¿El paciente estuvo internado en un hospital o una unidad de cuidados intensivos (ICU, por sus siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> Internación hospitalaria <input type="checkbox"/> Unidad de cuidados intensivos (ICU) <input type="checkbox"/> No	Nombre del centro médico	
17b. Si la respuesta es "sí", ¿cuál fue la fecha de admisión?	Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)	
17c. Si la respuesta es "sí", ¿cuál fue la fecha del alta?	Número de teléfono	

Información sobre el médico tratante

Nombre del médico tratante en letra de molde	Firma del médico tratante	Fecha
Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)	ID fiscal (o SSN)	Número(s) de teléfono

Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, entre las que se incluye Loyal American Life Insurance Company. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Administración de productos de seguro de salud complementario para: Continental General Insurance Company.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD PROTEGIDA DE UN RECLAMANTE



Por el presente autorizo la divulgación de información sobre la salud protegida acerca de mí según se describe a continuación.

1. La Compañía, tal como se usa en esta autorización, se refiere a Cigna, Great American Life Insurance Company®; Loyal American Life Insurance Company; o American Retirement Life Insurance Company; o Cigna National Health Insurance Company; o Continental General Insurance Company; o Provident American Life & Health Insurance Company.
2. Autorizo a cualquier médico con licencia, profesional médico, hospital, clínica, administrador de beneficios de farmacia u otro centro médico o médicamente relacionado, la Administración de Veteranos y el Sistema de Servicio Selectivo de los EE. UU., cualquier compañía de seguros, Medical Information Bureau, o cualquier otra organización, institución o persona que tenga algún registro o información disponible relativos al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de alguna condición física o mental y/o tratamiento, que se relacionen conmigo o mi familia, a divulgar dichos registros o información a los representantes de reclamos y aseguramiento de la Compañía, a través del agente contratado de la Compañía.
3. La información descrita anteriormente será divulgada a la Compañía a los fines de determinar si tengo derecho a recibir los beneficios que ofrece mi plan de beneficios de salud o póliza.
4. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la Compañía ya haya actuado en función de esta autorización, mediante el envío de una revocación escrita al Departamento de Reclamos de la Compañía: P.O. Box 5700, Scranton, PA 18505.
5. Esta autorización vencerá a los veinticuatro (24) meses de la fecha en que se firme.
6. Entiendo que la información que se proporcionará en virtud de esta autorización es necesaria para que la Compañía evalúe si tengo derecho a recibir los beneficios que ofrece mi plan de beneficios de salud o póliza y que la Compañía condicionará el pago de beneficios que me corresponda a que yo cumpla con proporcionar esta autorización. Si me niego a proporcionar esta autorización, es posible que se deniegue mi reclamo.
7. Entiendo que si la persona o entidad que recibe mi información sobre la salud protegida no es un proveedor de cuidado de la salud o un plan de salud cubierto por las reglamentaciones sobre privacidad federales, es posible que dicha persona o entidad divulgue nuevamente la información y que esta deje de estar protegida por las reglamentaciones sobre privacidad federales. No obstante, en el caso de esta autorización, la información descrita anteriormente será recibida por un plan de salud que está cubierto por las reglamentaciones sobre privacidad federales.
8. Entiendo que una fotocopia, fax u otra copia electrónica de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.
9. Entiendo que mi representante personal o yo tenemos derecho a recibir una copia de esta autorización cuando la solicitemos.

Si usted es el representante del reclamante, describa el alcance de su competencia para actuar en nombre de dicho reclamante.

Nombre del reclamante	Nombre del representante personal del reclamante, si corresponde
Firma del reclamante (o del representante del reclamante)	Relación del representante personal con el reclamante
Fecha de la firma	Número de póliza/contrato

Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, entre las que se incluye Loyal American Life Insurance Company. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Administración de productos de seguro de salud complementario para: Continental General Insurance Company.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD PROTEGIDA DE UNA PERSONA ASEGURADA A REPRESENTANTES PERSONALES DESIGNADOS



Por el presente autorizo el uso o la divulgación de información sobre la salud protegida acerca de mí por parte de la Compañía, según se describe a continuación. Tal como se usa en esta autorización, la Compañía se refiere a Cigna, Great American Life Insurance Company®, Loyal American Life Insurance Company; o American Retirement Life Insurance Company; o Central Reserve Life Insurance Company; o Continental General Insurance Company; o Provident American Life & Health Insurance Company. La finalidad de esta autorización es permitirles a las personas enumeradas a continuación que actúen como mis representantes personales en la divulgación, uso o solicitud de mi información sobre la salud protegida. La Compañía podrá divulgar mi información sobre la salud protegida que se describe a continuación a las siguientes personas:

Nombre	Relación	Dirección
Nombre	Relación	Dirección
Nombre	Relación	Dirección

Describa en su totalidad la información sobre la salud protegida que permite que se divulgue a los representantes personales nombrados.

Entiendo que si la persona o entidad que recibe mi información sobre la salud protegida no es un proveedor de cuidado de la salud o un plan de salud cubierto por las reglamentaciones sobre privacidad federales, es posible que dicha persona o entidad divulgue nuevamente la información y que esta deje de estar protegida por las reglamentaciones sobre privacidad federales. Tal como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad de la Compañía, entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la Compañía ya haya actuado en función de esta autorización, mediante el envío de una revocación escrita al Encargado de asuntos de privacidad de la Compañía a **P.O. Box 5700, Scranton, PA 18505**.

Esta autorización vencerá en la primera de las siguientes fechas: _____; o veinticuatro (24) meses después de la fecha en que se firme la autorización.

Entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario de autorización y que la Compañía no condicionará el pago que me corresponda a que yo firme esta autorización. Entiendo que una fotocopia, fax u otra copia electrónica de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original. Entiendo que mi representante personal o yo tenemos derecho a recibir una copia de esta autorización cuando la solicitemos.

Nombre de la persona asegurada	
Nombre del representante personal, si corresponde	Relación del representante personal con la persona asegurada
Firma de la persona asegurada (o del representante de la persona asegurada)	Fecha de la firma

Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, entre las que se incluye Loyal American Life Insurance Company. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Administración de productos de seguro de salud complementario para: Continental General Insurance Company.

ADVERTENCIAS SOBRE FRAUDE PARA PRESENTAR UN RECLAMO



Lea la advertencia sobre fraude de acuerdo con el estado donde se emitió la póliza.

Las siguientes advertencias sobre fraude se aplican a AK, AR, AZ, CA, CT, DC, DE, GA, HI, IA, ID, IL, IN, KS, LA, MA, MI, MN, MO, MS, MT, NC, ND, NE, NH, NV, OR, SC, SD, TX, UT, VT, WI, WY: Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida o el pago de un beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, puede ser considerada culpable de cometer un delito y podrá ser multada o recluida en prisión.

Estado	Advertencias sobre seguro específicas para cada estado
Alabama	Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida o el pago de un beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, será considerada culpable de cometer un delito y podrá recibir una pena de restitución, multa o reclusión en prisión o cualquier combinación de estas.
Colorado	Es ilegal suministrar a sabiendas información o datos falsos, incompletos o que conduzcan a engaño a una compañía de seguros, con el fin de cometer fraude contra ella o intentar hacerlo. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación del seguro e indemnización por daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, suministre información o datos falsos, incompletos o que conduzcan a engaño al titular de una póliza o a la persona que presenta un reclamo, con el fin de cometer fraude contra dicho titular o dicha persona, o intentar hacerlo, con respecto a un arreglo negociado o laudo pagaderos con fondos del seguro, deberá denunciarse a la División de Seguros de Colorado del Departamento de Agencias Reguladoras.
Florida	Toda persona que, a sabiendas y con la intención de generar perjuicio, fraude o engaño a cualquier aseguradora, presente un comprobante de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o que conduce a engaño, es culpable de un delito grave de tercer grado.
Kentucky	Toda persona que, a sabiendas y con intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún dato sustancial, comete un acto fraudulento con respecto al seguro, que constituye un delito.
Louisiana	Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida o el pago de un beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, será considerada culpable de cometer un delito y podrá ser multada o recluida en prisión.
Maryland	Toda persona que presente a sabiendas o intencionalmente un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida o el pago de un beneficio, o que presente a sabiendas o intencionalmente información falsa en una solicitud de seguro, será considerada culpable de cometer un delito y podrá ser multada o recluida en prisión.
Maine	Suministrar a sabiendas información falsa, incompleta o que conduzca a engaño a una compañía de seguros, con el fin de cometer fraude contra ella, será considerado un delito. Las sanciones pueden incluir prisión, multas o denegación de los beneficios del seguro.
New Jersey	Toda persona que incluya información falsa o que conduce a engaño en una solicitud de una póliza de seguros está sujeta a sanciones penales y civiles.
New Mexico	Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida o el pago de un beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, será considerada culpable de cometer un delito y podrá estar sujeta a sanciones penales y civiles.
New York	Toda persona que, a sabiendas y con intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o un comprobante de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún dato sustancial, comete un acto fraudulento con respecto al seguro, que es un delito, y además estará sujeta a una sanción civil que no podrá exceder de cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo correspondiente a cada una de las violaciones de tal naturaleza.
Ohio	Toda persona que, con la intención de cometer fraude, o sabiendo que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o realice un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, será considerada culpable de fraude contra el seguro.
Oklahoma	Toda persona que, a sabiendas y con la intención de generar perjuicio, fraude o engaño a cualquier aseguradora, haga un reclamo de fondos de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o que conduce a engaño, es culpable de un delito grave.
Pennsylvania	Toda persona que, a sabiendas y con intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o un comprobante de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún dato sustancial, comete un acto fraudulento con respecto al seguro, que constituye un delito, y estará sujeta a sanciones penales y civiles.
Rhode Island	Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida o el pago de un beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, será considerada culpable de cometer un delito y podrá ser multada o recluida en prisión.
Tennessee	Suministrar a sabiendas información falsa, incompleta o que conduzca a engaño a una compañía de seguros, con el fin de cometer fraude contra ella, será considerado un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.
Texas	Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida, será considerada culpable de cometer un delito y podrá ser multada o recluida en la prisión estatal.

Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, entre las que se incluye Loyal American Life Insurance Company. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Administración de productos de seguro de salud complementario para: Continental General Insurance Company.

ADVERTENCIAS SOBRE FRAUDE PARA PRESENTAR UN RECLAMO



Lea la advertencia sobre fraude de acuerdo con el estado donde se emitió la póliza.

Estado	Advertencias sobre seguro específicas para cada estado
Virginia	Suministrar a sabiendas información falsa, incompleta o que conduzca a engaño a una compañía de seguros, con el fin de cometer fraude contra ella, será considerado un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.
Washington	Suministrar a sabiendas información falsa, incompleta o que conduzca a engaño a una compañía de seguros, con el fin de cometer fraude contra ella, será considerado un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.
West Virginia	Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida o el pago de un beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, será considerada culpable de cometer un delito y podrá ser multada o recluida en prisión.

Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, entre las que se incluye Loyal American Life Insurance Company. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Administración de productos de seguro de salud complementario para: Continental General Insurance Company.