

## BOSTON MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY

OFICINA CENTRAL: 120 Royall Street • Canton, MA 02021  
TEL (877) 212-2950



FAMILY MATTERS. NO MATTER WHAT.®

### **KIT DE RECLAMACIÓN DE SEGURO DE VIDA PARA PROCESAR LOS BENEFICIOS DEL SEGURO DE VIDA Y POR MUERTE ACCIDENTAL**

#### **INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN DEL SEGURO DE VIDA**

En nombre de Boston Mutual Life Insurance Company, acepte nuestras más sinceras condolencias por su pérdida. Nos damos cuenta de que este es un momento difícil para usted y su familia y haremos todo lo posible para procesar su reclamación con prontitud.

Para acelerar el procesamiento de su reclamación, es importante que envíe toda la información necesaria solicitada a continuación.

1. El formulario de reclamación debe ser completado en su totalidad por el beneficiario designado o su representante autorizado y firmado donde se indica. Si hay más de un beneficiario designado, use el formulario Beneficiario adicional.
2. Una fotocopia legible del certificado de defunción del asegurado.
3. La póliza de seguro. Si no puede encontrar la póliza, complete la sección de póliza extraviada del formulario de reclamación.
4. Si se hace una reclamación por beneficios por muerte accidental, el beneficiario designado también debe completar el formulario Reclamación por muerte accidental. También se deben adjuntar los informes del accidente y policiales correspondientes.
5. Si la cobertura ha sido pagada en parte o en su totalidad por el empleador, o si se trata de una cobertura grupal y el empleador conserva los formularios de inscripción, un representante autorizado del empleador deberá completar la declaración del empleador. También se deben incluir con la reclamación todos los formularios de inscripción originales y los cambios de beneficiarios.
6. Cada beneficiario debe completar el formulario Opciones de pago del seguro de vida.
7. El beneficiario designado (*o el pariente más cercano si el beneficiario designado no es un pariente cercano*) deberá completar un formulario de autorización conforme a la HIPAA si la cobertura ha estado vigente menos de dos años.
8. Si los beneficios se asignan a una funeraria, se nos deberá proporcionar el formulario de asignación y la factura del funeral, si el estado así lo exige.
9. Lea el "Aviso de advertencia de fraude" de su estado.
10. Si usted reside en California, visite nuestro sitio web [www.bostonmutual.com](http://www.bostonmutual.com) para consultar nuestro Aviso de privacidad correspondiente a California.
11. Si desea recibir sus beneficios mediante depósito directo en su cuenta bancaria, asegúrese de completar el formulario de Autorización de EFT adjunto, presentar un cheque anulado o una hoja de especificaciones/carta de instrucciones firmada por el banco e incluirla con el resto de la documentación de su reclamación cuando lo envíe.

**\* \* \* Las pólizas que hayan estado vigentes menos de dos años podrían ser discutibles \* \* \***

**Si necesita ayuda para completar el formulario de reclamación, llame al 877-212-2950  
Envíe los formularios a: Boston Mutual Life Insurance Company, 120 Royall Street • Canton MA 02021  
O envíe los formularios por correo electrónico seguro a: [claimsdept@bostonmutual.com](mailto:claimsdept@bostonmutual.com)  
O por fax a: 781-770-0492**

**BOSTON MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY**OFICINA CENTRAL: 120 Royall Street • Canton, MA 02021  
TEL (877) 212-2950

FAMILY MATTERS. NO MATTER WHAT.®

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO DE VIDA****Números de póliza de la compañía conforme a los cuales el abajo firmante realiza la reclamación**

#1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_ #3 \_\_\_\_\_ #4 \_\_\_\_\_ #5 \_\_\_\_\_

Nombre completo del asegurado \_\_\_\_\_ Casado  Viudo Dirección \_\_\_\_\_ Soltero  Divorciado ¿El asegurado es conocido por algún otro nombre? Sí  NO  Si la respuesta es afirmativa, infórmenos \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de defunción \_\_\_\_\_ Soc. Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha del último día de trabajo (si se conoce) \_\_\_\_\_ Nombre del empleador \_\_\_\_\_

**Complete lo siguiente si la Póliza estuvo en vigencia por menos de 2 años e incluya un formulario de autorización firmado que cumpla con HIPAA para la divulgación de expedientes médicos.**

Nombres completos y direcciones de todos los médicos y hospitales donde el asegurado recibió tratamiento en los últimos 5 años

Nombre	Dirección	Número de teléfono
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

**INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO**

Nombre del beneficiario \_\_\_\_\_ Número de seguro social del beneficiario \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del beneficiario \_\_\_\_\_ Número de teléfono del beneficiario \_\_\_\_\_ Relación del beneficiario \_\_\_\_\_

Dirección del beneficiario \_\_\_\_\_

Dirección postal del beneficiario (si es diferente) \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN - Cualquier persona que, en forma deliberada y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a un tercero, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho sustancial, comete un acto fraudulento contra el seguro, que es un delito, por lo que dicha persona estará sujeta a sanciones penales y civiles. Al firmar a continuación, usted acepta bajo pena de perjurio, que la información en esta declaración es completa y verdadera a su leal saber y entender. Consulte el folleto "Avisos de advertencia de fraude" de su estado.**X \_\_\_\_\_  
Firma del beneficiario Nombre impreso Fecha**DECLARACIÓN DE PÉRDIDA DE PÓLIZA (Se completará solo si no se pudo encontrar la póliza original después de buscarla exhaustivamente)**

Asegurado \_\_\_\_\_ N.º de Póliza \_\_\_\_\_

Esta póliza se extravió o se destruyó. Si la póliza se encuentra más tarde, acepto entregarla a la compañía sin reclamación alguna.

X \_\_\_\_\_  
Firma del beneficiario Fecha Firma del testigo

**BOSTON MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY**

OFICINA CENTRAL: 120 Royall Street • Canton, MA 02021  
TEL (877) 212-2950



FAMILY MATTERS. NO MATTER WHAT.®

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL**

*El beneficiario debe completar esta sección en su totalidad si reclama un Beneficio por muerte accidental*

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha y hora del accidente que provocó la muerte: \_\_\_\_\_ Lugar de la muerte: Autopista  Casa  Trabajo   
Fecha: \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ a. m.  p.m.  Recreación  Otro  \_\_\_\_\_

**Describa el accidente en detalle: (Envíe copias de los informes policiales, artículos periodísticos, etc. para ayudar en el procesamiento de esta reclamación)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nombres de los MÉDICOS y HOSPITALES donde el asegurado recibió tratamiento**

Nombre	Dirección
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Se practicó una autopsia? Sí  NO  Si la respuesta es afirmativa, indique quién la practicó, en qué lugar y en qué fecha.

Nombre	Dirección	Fecha
_____	_____	_____

**CERTIFICACIÓN - Cualquier persona que, en forma deliberada y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a un tercero, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho sustancial, comete un acto fraudulento contra el seguro, que es un delito, por lo que dicha persona estará sujeta a sanciones penales y civiles. Al firmar a continuación, usted acepta bajo pena de perjurio, que la información en esta declaración es completa y verdadera a su leal saber y entender. Consulte el folleto "Avisos de advertencia de fraude" de su estado.**

X \_\_\_\_\_  
Firma del beneficiario Nombre impreso Fecha



**DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR**

**Este formulario debe ser completado por un representante autorizado del empleador si el empleador pagó la cobertura en su totalidad o en parte, o si se trata de una cobertura grupal y el empleador conserva los formularios de inscripción.**

**RECLAMACIÓN DEL SEGURO DE VIDA**

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ N.º de Póliza grupal: \_\_\_\_\_ Div. \_\_\_\_\_

¿El asegurado es conocido por algún otro nombre?: Sí  NO  Si la respuesta es afirmativa, infórmenos: \_\_\_\_\_

Dirección del asegurado: \_\_\_\_\_ N.º de Certificado: \_\_\_\_\_

Fecha del último día de trabajo del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de fallecimiento: \_\_\_\_\_ Monto del seguro: \_\_\_\_\_

Cantidad de horas trabajadas cada semana: \_\_\_\_\_ Ingresos anuales a la fecha del último día de trabajo: \_\_\_\_\_

Motivo para dejar el trabajo: Discapacidad  Renuncia  Vacaciones  Licencia laboral  Jubilación   
Cese  Despido  Otro  (Especificar) \_\_\_\_\_

¿Estaba asegurado el empleado al momento de la muerte? Sí  NO  Ocupación del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de contratación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia del seguro: \_\_\_\_\_

¿Se canceló el seguro antes de la muerte? Sí  NO  Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha y el motivo de la cancelación: \_\_\_\_\_

**RECLAMO DEL SEGURO DE VIDA DE DEPENDIENTE**

Nombre del dependiente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de fallecimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del dependiente: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

¿Se canceló el seguro antes de la muerte? Sí  NO  Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha y el motivo de la cancelación: \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que la fecha hasta la que se ha pagado la prima para este Asegurado es: \_\_\_\_\_  
Mes/Día/Año

**CERTIFICACIÓN - Cualquier persona que, en forma deliberada y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a un tercero, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho sustancial, comete un acto fraudulento contra el seguro, que es un delito, por lo que dicha persona estará sujeta a sanciones penales y civiles. Al firmar a continuación, usted acepta bajo pena de perjurio, que la información en esta declaración es completa y verdadera a su leal saber y entender. Consulte el folleto "Avisos de advertencia de fraude" de su estado.**

X \_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado Calle Ciudad Estado Código postal

Empleador \_\_\_\_\_  
Código de área Teléfono Ext.



**DECLARACIÓN DE BENEFICIARIO ADICIONAL**

*(Para completar si hay más de un beneficiario)*

**Nombre del asegurado:** \_\_\_\_\_ **N.º de póliza:** \_\_\_\_\_

Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social del beneficiario \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del beneficiario: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del beneficiario: \_\_\_\_\_ Correo electrónico del beneficiario: \_\_\_\_\_

Dirección del beneficiario: \_\_\_\_\_

Dirección postal, si es diferente: \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN – Cualquier persona que, en forma deliberada y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a un tercero, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho sustancial, comete un acto fraudulento contra el seguro, que es un delito, por lo que dicha persona estará sujeta a sanciones penales y civiles. Al firmar a continuación, usted acepta bajo pena de perjurio, que la información en esta declaración es completa y verdadera a su leal saber y entender. Consulte el folleto “Avisos de advertencia de fraude” de su estado.**

X \_\_\_\_\_  
Firma del beneficiario Nombre impreso Fecha

Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social del beneficiario \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del beneficiario: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del beneficiario: \_\_\_\_\_ Correo electrónico del beneficiario: \_\_\_\_\_

Dirección del beneficiario: \_\_\_\_\_

Dirección postal, si es diferente: \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN – Cualquier persona que, en forma deliberada y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a un tercero, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho sustancial, comete un acto fraudulento contra el seguro, que es un delito, por lo que dicha persona estará sujeta a sanciones penales y civiles. Al firmar a continuación, usted acepta bajo pena de perjurio, que la información en esta declaración es completa y verdadera a su leal saber y entender. Consulte el folleto “Avisos de advertencia de fraude” de su estado.**

X \_\_\_\_\_  
Firma del beneficiario Nombre impreso Fecha

Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social del beneficiario \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del beneficiario: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del beneficiario: \_\_\_\_\_ Correo electrónico del beneficiario: \_\_\_\_\_

Dirección del beneficiario: \_\_\_\_\_

Dirección postal, si es diferente: \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN – Cualquier persona que, en forma deliberada y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a un tercero, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho sustancial, comete un acto fraudulento contra el seguro, que es un delito, por lo que dicha persona estará sujeta a sanciones penales y civiles. Al firmar a continuación, usted acepta bajo pena de perjurio, que la información en esta declaración es completa y verdadera a su leal saber y entender. Consulte el folleto “Avisos de advertencia de fraude” de su estado.**

X \_\_\_\_\_  
Firma del beneficiario Nombre impreso Fecha



**OPCIONES DE PAGO DEL SEGURO DE VIDA**

Revise las siguientes opciones de pago y seleccione su opción marcando la casilla correspondiente y firmando este formulario. Las opciones de pago pueden variar según la póliza seleccionada. Consulte la póliza para conocer las opciones disponibles. Si tiene alguna pregunta o desea analizar otras opciones de pago, llame a nuestro equipo de Servicios de Reclamaciones al 1-877-212-2950. Sírvase devolver este formulario con su reclamación.

- Pago único.** Al elegir esta opción, está optando por recibir los beneficios adeudados en un pago único.  
 (Esta es la opción de pago más común)
- Suma a pagar como ingreso mensual por una cantidad de años fija.** Al elegir esta opción, está optando por permitir a Boston Mutual Life Insurance Company que administre los pagos de la suma total. Recibirá un ingreso mensual durante un período máximo de 20 años. Le haremos un pago por mes durante la cantidad de años elegida y el primer pago se hará un mes después de la fecha en la se haya estipulado la opción de pago. Marque con un círculo la cantidad de años durante la cual desea recibir este ingreso mensual. El monto del pago mensual se calculará tomando como referencia el índice que figura junto a la cantidad de años elegida, por cada \$1,000 de la suma total. Pagaremos intereses sobre el monto que nos queda a nosotros a una tasa de al menos 2 ½% anual.

**PAGO MENSUAL POR CADA \$ 1,000 DEL MONTO A PAGAR**

AÑOS	PAGO	AÑOS	PAGO
1	84.28	11	8.64
2	42.66	12	8.02
3	28.79	13	7.49
4	21.86	14	7.03
5	17.70	15	6.64
6	14.93	16	6.30
7	12.95	17	6.00
8	11.47	18	5.73
9	10.32	19	5.49
10	9.39	20	5.27

- Ingreso por intereses.** Al elegir esta opción, está optando por permitir a Boston Mutual Life Insurance Company que administre los pagos de la suma total. Pagaremos intereses sobre el monto restante depositado a una tasa de al menos 2 ½% por año. Los intereses se pagarán una vez al año y el primer pago se efectuará un año después de la fecha en la que se haya estipulado la opción de pago. Usted puede elegir la cantidad de años, con un límite máximo de 15 años, durante la cual desea recibir los intereses. El beneficiario podrá retirar la totalidad o una parte de la suma a pagar en cualquier momento, pero no podrá retirar ningún monto si solo tenemos \$ 1,000 en la cuenta. En dicho caso, el beneficiario deberá retirar el monto total. Indique la cantidad de años \_\_\_\_\_.
- Suma a pagar como ingreso mensual de un monto fijo.** Al elegir esta opción, está optando por permitir a Boston Mutual Life Insurance Company que administre los pagos de la suma total y está estableciendo, sujeto a nuestro consentimiento, el monto del ingreso mensual que recibirá. Los pagos mensuales deben ser de al menos \$ 5.00 por cada \$ 1000 de la suma a pagar. El primer pago se hará a partir de la fecha de la opción de pago. Acreditaremos los intereses sobre el saldo de la suma a pagar depositada en la cuenta. Este interés será una tasa de al menos 2 ½% al año, compuesto una vez al año. Los pagos se harán hasta completar en su totalidad la suma a pagar, más los intereses.

\_\_\_\_\_  
 Fecha

  X  \_\_\_\_\_  
 Firma del beneficiario

\_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Asegurado

**\* Los intereses devengados sobre la suma pagadera restante en Boston Mutual Life Insurance Company pueden estar sujetos a impuestos. Consulte a su asesor tributario \***



FAMILY MATTERS. NO MATTER WHAT®

## ACUERDO DE AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Complete la siguiente información para autorizar a Boston Mutual Life Insurance Company ("Boston Mutual") para depositar directamente sus beneficios en la cuenta bancaria a la que se hace referencia a continuación a través de la Cámara de Compensación Automatizada (ACH)/Transferencia Electrónica de Fondos (EFT). Se debe presentar un cheque anulado u hoja de especificación (*Especificación*)/carta de instrucción del banco firmada con este formulario. No se aceptarán recibos de depósito ni cheques provisionales.

Tipo de cuenta bancaria: (*Seleccione uno*)     Cuenta de cheques     Cuenta de ahorros

Nombre legal completo en la cuenta bancaria: \_\_\_\_\_

Nombre del Banco/Institución financiera: \_\_\_\_\_

Número de ruta bancario/ABA (*9 dígitos*): \_\_\_\_\_

Cuenta #: \_\_\_\_\_

Esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que Boston Mutual haya recibido una notificación por escrito de mi parte sobre su rescisión en el tiempo y en la forma que brinde a Boston Mutual y al Banco/Institución financiera una oportunidad razonable para actuar en consecuencia.

### **Divulgaciones**

- Boston Mutual no será responsable en caso de que su banco rechace un depósito.
- Si Boston Mutual no puede realizar un depósito en la cuenta bancaria designada a través de ACH/EFT por algún motivo, nos reservamos el derecho de enviar un cheque por correo al reclamante/beneficiario a la dirección registrada.
- ACH/EFT solo está disponible para bancos con sede en EE. UU. o cooperativas de crédito participantes.
- Puede tardar hasta 2 a 3 días hábiles a partir de la fecha en que se procesa el desembolso para que su banco refleje el depósito.

Autorizo a Boston Mutual a depositar fondos en la cuenta bancaria designada a través de ACH/EFT. Acepto que si hay un sobrepago en mi reclamo, reembolsaré de inmediato el monto total de dicho sobrepago mediante cheque.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del reclamante/beneficiario: \_\_\_\_\_

Servicios de Reclamos | ClaimsDept@bostonmutual.com

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN



**Boston Mutual Life Insurance Company**  
(En adelante, "nosotros", "nos", "nuestro/a")

FAMILY MATTERS. NO MATTER WHAT®

### PROTECCIÓN DE SU INFORMACIÓN

Para proteger su información personal no pública, mantenemos: salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento.

### RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

Recopilamos información sobre usted para realizar negocios. Tales usos son: procesar solicitudes de productos de seguros, proporcionar servicio al cliente, procesar reclamaciones, cumplir con requisitos legales y regulatorios y con otros fines legales. Recopilamos esta información de usted, así como de otras fuentes. Restringimos el acceso a su información a aquellos que trabajan en nuestro nombre, que necesitan conocerla para poder brindarle productos y servicios. Les exigimos que mantengan la información de manera segura y confidencial.

▶ ***La información que recopilamos puede incluir la totalidad de los datos que usted comparte con nosotros, incluyendo, a modo enunciativo:***

- su nombre
- su dirección
- su número de teléfono
- su fecha de nacimiento
- su número de seguro social o identificación tributaria
- el nombre de su empleador e ingresos
- los datos del beneficiario
- los números de sus cuentas financieras
- su información de su salud
- y demás datos que comparta con nosotros

▶ ***También podemos recopilar información que recibamos de otras fuentes, según lo permitido por la ley, como por ejemplo:***

- información médica
- datos relativos a informes sobre el consumidor, de acuerdo con la Ley sobre Informe de Crédito Justo
- información sobre los participantes de organizaciones que nos compran productos o servicios para beneficio de sus miembros o empleados, como ocurre en el caso de los seguros grupales
- información para ayudarnos a cumplir con las leyes estatales y federales

### INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

No compartimos información sobre nuestros clientes o antiguos clientes con nadie, excepto según lo permitido o requerido por la ley.

▶ ***Podemos compartir su información con terceros sin su autorización según lo permitido por la ley. Dicha información es utilizada en nuestro nombre por terceros para:***

- procesar o llevar a cabo sus transacciones de seguro con nosotros
- realizar la suscripción, mantenimiento de cuentas, administración y funciones de reclamaciones
- proporcionar servicio al cliente o cobertura de reaseguro
- prevenir el fraude
- realizar otras funciones comerciales en nuestro nombre

▶ ***También podemos compartir su información con:***

- una agencia de informes del consumidor de acuerdo con la Ley sobre Informe de Crédito Justo
- un tercero para cumplir con las leyes, citaciones federales, estatales o locales
- órganos reguladores
- o según lo permitido o requerido por la ley.

Los terceros que reciben información de nosotros están obligados a: mantener la confidencialidad y cumplir con todas las leyes de privacidad federales y estatales aplicables.

### ACCESO A LA INFORMACIÓN QUE TENEMOS SOBRE USTED EN NUESTROS REGISTROS

Tiene derecho a solicitar acceso a toda la información que tenemos sobre usted. Debe realizar su solicitud por escrito a la dirección que figura a continuación.

### ENMIENDAS A SU INFORMACIÓN

Tiene derecho a solicitar una enmienda, corrección o eliminación de la información que tenemos sobre usted y que cree que puede ser inexacta. No estamos obligados a actualizar sus datos en función de su solicitud. Debe realizar la solicitud por escrito e indicar los motivos por los que solicita el cambio. Escríbanos a la dirección que aparece abajo.

Si tiene preguntas sobre este aviso o desea obtener más información sobre nuestras políticas de privacidad, escríbanos a:

**Boston Mutual Life Insurance Company**  
Attention: Privacy Office  
120 Royall Street • Canton, MA 02021



**AVISOS DE ADVERTENCIA SOBRE FRAUDE – Para uso con formularios de reclamaciones  
LEA EL AVISO DE ADVERTENCIA SOBRE FRAUDES CORRESPONDIENTE A SU ESTADO**

**ALABAMA:** Cualquier persona que presente, en forma deliberada, una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podrá estar sujeta al pago de una indemnización, al pago de multas o a encarcelamiento, o a cualquier combinación de los mismos.

**ALASKA:** Una persona que, en forma deliberada y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación con información falsa, incompleta o falaz, podrá ser procesada de conformidad con las leyes estatales.

**ARIZONA:** Para su protección, la ley de Arizona exige que aparezca la siguiente declaración en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

**ARKANSAS:** Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para 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.

**CALIFORNIA:** Para su protección, la ley de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de seguro o para presentar una reclamación 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 deliberadamente datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o solicitante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o solicitante, con respecto a un acuerdo o premio pagadero de los ingresos del seguro, se informará a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias reguladoras.

**DELAWARE:** Cualquier persona que a sabiendas, y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

**DISTRITO DE COLUMBIA: ADVERTENCIA:** Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada sustancialmente con una reclamación.

**FLORIDA:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o falaz, será culpable de un delito grave de tercer grado.

**IDAHO:** Cualquier persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o falaz será culpable de un delito grave.

**INDIANA:** Una persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, comete un delito grave.

**KENTUCKY:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho material, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito.

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

**MAINE:** Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o denegación de los beneficios del seguro.

**MARYLAND:** Cualquier persona que, deliberada o intencionalmente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberada o intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

**MINNESOTA:** Una persona que presente una reclamación con la intención de defraudar o ayude a cometer un fraude contra una aseguradora, será culpable de un delito.

**NUEVO HAMPSHIRE:** Cualquier persona que, con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga cualquier información falsa, incompleta o falaz estará sujeta a enjuiciamiento y castigo por fraude contra el seguro, según lo dispuesto en los Estatutos de Nuevo Hampshire, con sus modificaciones, Ann. §638:20 de los estatutos revisados de Nuevo Hampshire.

*ver al dorso*

**AVISOS DE ADVERTENCIA SOBRE FRAUDES – Para uso con formularios de reclamación (cont.)**  
**LEA EL AVISO DE ADVERTENCIA SOBRE FRAUDES CORRESPONDIENTE A SU ESTADO**

**NUEVA JERSEY:** Cualquier persona que presente deliberadamente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

**NUEVO MÉXICO:** Cualquier persona que deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

**NUEVA YORK:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro de declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información falaz sobre cualquier hecho material en relación con el seguro, comete un acto fraudulento de seguro, que es un delito, y también estará sujeto a una multa civil con un tope de cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada violación.

**OHIO:** Cualquier persona que, con la intención de defraudar o, sabiendo que está posibilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude de seguros.

**OKLAHOMA: ADVERTENCIA:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, haga una reclamación por los ingresos de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

**OREGÓN:** Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa puede ser culpable de fraude de seguros.

**PENSILVANIA:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otro tercero, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho sustancial, estará cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, que es un delito, y dicha persona estará sujeta a sanciones penales y civiles.

**PUERTO RICO:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude o propicie la presentación de una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave y, después de la condena, será sancionado 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 una pena de prisión de tres (3) años, o ambas penalidades. Si existen circunstancias agravantes, la sanción así establecida puede aumentar a un máximo de cinco (5) años: si existen circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

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

**TENNESSEE:** Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro.

**TEXAS:** Cualquier persona que deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida será culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y reclusión en la prisión estatal.

**VIRGINIA:** Cualquier persona que, con la intención de defraudar o, sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, podría estar violando las leyes estatales.

**WASHINGTON:** Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios del seguro.

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

**TODOS LOS DEMÁS ESTADOS:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otro tercero, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho sustancial, estará cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, que es un delito, y dicha persona estará sujeta a sanciones penales y civiles.