



Underwritten by  
United of Omaha Life Insurance Company  
Mutual of Omaha Insurance Company  
Mutual of Omaha Affiliates

Mutual of Omaha Plaza  
Omaha, NE 68175-0001

## Solicitud de cobertura continua para dependientes incapacitados

### Para ser completada por el empleado asegurado

Responda todas las preguntas que correspondan.

|                                                                                               |                                                                                |                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre completo del empleado                                                                  | Relación con el dependiente                                                    | Número de Seguro                                                                              |
| Social Domicilio                                                                              | Número de teléfono                                                             |                                                                                               |
| Empleado por                                                                                  | Fecha de nacimiento del empleado                                               | Fecha de inicio del empleo                                                                    |
| Nombre del dependiente incapacitado                                                           | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino           | Fecha de nacimiento del dependiente                                                           |
| Edad del dependiente cuando se produjo la discapacidad                                        | ¿Depende de usted para recibir apoyo y, en caso afirmativo, en qué porcentaje? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                       |
| ¿Aparece el dependiente como su dependiente en su última declaración de impuestos federales   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                        | En caso negativo, ¿por qué?                                                                   |
| ¿El dependiente reside permanentemente en su hogar?                                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                        | En caso negativo, ¿por qué?                                                                   |
| ¿Este dependiente es, actualmente, estudiante a tiempo completo?                              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                        | Nombre de la institución educativa                                                            |
| ¿El dependiente está cubierto por alguna otra cobertura hospitalaria o médica?                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                        | En caso afirmativo, indique los nombres de las compañías de seguros y los números de póliza.  |
| ¿El dependiente está cubierto por alguna otra póliza dental o de la vista de Mutual of Omaha? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                        | En caso afirmativo, indique los nombres del suscriptor y del empleador y el número de póliza. |
| ¿El dependiente recibe ingresos por discapacidad del Seguro Social?                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                        |                                                                                               |
| Describa la discapacidad.                                                                     |                                                                                |                                                                                               |
| Firma del empleado                                                                            | Fecha                                                                          |                                                                                               |
| Firma del tutor (opcional)                                                                    | Fecha                                                                          |                                                                                               |



Underwritten by  
United of Omaha Life Insurance Company  
Mutual of Omaha Insurance Company  
Mutual of Omaha Affiliates

Mutual of Omaha Plaza  
Omaha, NE 68175-0001

## Solicitud de cobertura continua para dependientes incapacitados

### Para ser completada por el empleador

Corrija y ponga sus iniciales (si se hicieron cambios) en toda la información proporcionada por el empleado que no concuerde con sus registros.

|                 |                  |                              |                                     |
|-----------------|------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| Número de grupo | Nombre del grupo | Fecha de entrada en vigencia | Fecha de nacimiento del dependiente |
|-----------------|------------------|------------------------------|-------------------------------------|

|                                                      |                                                         |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Fecha de entrada en vigencia del seguro del empleado | Fecha de entrada en vigencia del seguro del dependiente |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

¿El dependiente era elegible para el seguro? ☐ Sí ☐ No

¿Se ha terminado el seguro? ☐ Sí ☐ No

|                                       |                             |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| Fecha de terminación (si corresponde) | Razón por la que se terminó |
|---------------------------------------|-----------------------------|

¿Hay circunstancias que le hagan cuestionar la validez de esta solicitud de prórroga de la cobertura? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique a continuación.

---

---

|                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| Nombre del empleador | Sucursal o división |
|----------------------|---------------------|

Dirección del empleador

|                                    |       |
|------------------------------------|-------|
| Firma del representante autorizado | Fecha |
|------------------------------------|-------|

---



Underwritten by  
United of Omaha Life Insurance Company  
Mutual of Omaha Insurance Company  
Mutual of Omaha Affiliates

Mutual of Omaha Plaza  
Omaha, NE 68175-0001

## Solicitud de cobertura continua para dependientes incapacitados

**Para ser completada por el médico tratante**

**Nota:** Cualquier tarifa por completar este formulario es responsabilidad del empleado.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Diagnóstico (sea lo más detallado posible) ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

### Tratamiento

Fecha de la primera visita

¿Cuándo fue la última vez que trató al paciente?

Presente el resumen clínico o documentación actual de respaldo de la afección incapacitante. Para afecciones mentales, incluya los resultados actuales de la prueba de CI si están disponibles.

### Grado de discapacidad

¿El paciente ahora es incapaz de autoabastecerse debido a una discapacidad? ☐ Sí ☐ No

Indique las capacidades y limitaciones funcionales actuales

¿Cuándo cree que el paciente podrá volver a tener un empleo remunerado?

Fecha aproximada

☐ Indefinido

☐ Nunca

Nombre del médico

Número de teléfono

Dirección del médico

Firma del médico

Fecha

## Advertencias de fraude

**Revise la advertencia de fraude específica para su lugar de residencia antes de firmar el formulario o solicitud adjunta.**

**Todos los demás estados:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

**Alabama:** Cualquier persona que presente deliberadamente un reclamo falso o fraudulento 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 quedará sujeta a multas de restitución o encarcelamiento, o alguna combinación de estos.

**Arkansas/Maine/Ohio/Tennessee:** Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa será culpable de fraude de seguro.

**California:** Para su protección, el derecho de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario. Toda persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de un seguro o para presentar una reclamación por el pago de un siniestro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

**Colorado:** Es ilegal proporcionar deliberadamente información o datos falsos, incompletos o engañosos a una empresa de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a dicha empresa. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier empresa de seguros o agente de una empresa de seguros que deliberadamente proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o solicitante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al asegurado o solicitante con respecto a un acuerdo o indemnización pagadera del producto del seguro será denunciado ante la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias reguladoras.

**Distrito de Columbia:** Es 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 o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si un solicitante proporciona información falsa relacionada materialmente con un reclamo.

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

**Kansas:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles determinadas por un tribunal de justicia.

**Kentucky:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito.

**Louisiana:** Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y quedará sujeta a multas y encarcelamiento.

**Maryland:** Cualquier persona que deliberada o conscientemente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberada o intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un delito y quedará sujeta a multas y encarcelamiento.

**Massachusetts/Vermont:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

**Nueva Jersey:** Cualquier persona que deliberadamente incluya información falsa o engañosa en una solicitud de seguro quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

**Nuevo México:** Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un crimen y quedará sujeta a multas civiles y sanciones penales.

**Nueva York:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también quedará sujeta a sanciones civiles que no excedan los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada una de esas infracciones.

**Carolina del Norte/Oregón:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

**Puerto Rico:** Cualquier persona que proporcione información oral o escrita, u ofrezca cualquier testimonio sobre acciones ilegales o inadecuadas que debido a su naturaleza constituyan acciones fraudulentas para las empresas aseguradoras, a sabiendas de que los datos son falsos, estará cometiendo un delito grave y, tras la condena, será sancionada por cada infracción con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5000) y no más de diez mil dólares (\$10 000) por cada infracción, o una pena fija de prisión por tres (3) años, o ambas penas. En caso de que existan circunstancias agravantes, la sanción así establecida podrá incrementarse hasta un máximo de cinco (5) años; si existen circunstancias atenuantes, podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.

**Rhode Island:** Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito, y quedará sujeta a multas y encarcelamiento.

**Virginia:** Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley estatal.

**Washington:** Es delito proporcionar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a una empresa de seguros con el fin de defraudar a dicha empresa. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de beneficios de seguro.