



LIFE INSURANCE CLAIM FORM FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DEL SEGURO DE VIDA

SUBMIT YOUR CLAIM ENVÍE SU RECLAMACIÓN

Complete all fields and return to US Able Life
Attention: Claims Department
Complete todos los campos y envíe el formulario a
US Able Life, Attention: Claims Department
Mail/Correo postal: P.O. Box 1650 | Little Rock | AR | 72203
Email/Correo electrónico: claims@usablelife.com
Fax: (501) 235-8416
Online/En línea: USableLife.com/claims

CUSTOMER CARE ATENCIÓN AL CLIENTE

(800) 370-5856 Monday-Friday, 8 a.m. to 5 p.m. CST
(800) 370-5856, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.,
hora central

CLAIM SUBMISSION CHECKLIST: Review and ensure you have all that is required for your claim to be processed.
LISTA DE VERIFICACIÓN DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES: Revise y asegúrese de tener todo lo necesario para que se procese su reclamación.

ALL CLAIMS TODAS LAS RECLAMACIONES

1. Claim Form
Formulario de reclamación
2. Fraud Notice
Aviso de fraude
3. Employee Benefit Application
Solicitud de beneficios
para empleados
4. Beneficiary Designation(s)
Designaciones de
beneficiarios
5. Death Certificate
(must contain original seal
for claims exceeding
\$100,000)
Acta de defunción (debe
contener el sello original para
reclamaciones que superen
los \$100,000)

ACCIDENTAL DEATH AND DISMEMBERMENT (AD&D) CLAIMS RECLAMACIONES DEL SEGURO DE VIDA Y POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

- Items 1-5 plus:
Elementos 1 a 5 más:
- Police Report
Denuncia policial
 - Autopsy Report
Informe de autopsia
 - Toxicology Report
Informe de
toxicología

CLAIMS NAMING MINORS AS THE BENEFICIARY RECLAMACIONES QUE DESIGNAN A MENORES COMO BENEFICIARIOS

- Items 1-5 plus:
Elementos 1 a 5 más:
- Letters of Guardianship
Cartas de tutela
 - Beneficiary
Birth Certificate
Partida de nacimiento
del beneficiario
 - Beneficiary
Social Security Card
Tarjeta del Seguro Social
del beneficiario

CLAIMS NAMING AN ESTATE AS THE BENEFICIARY RECLAMACIONES QUE DESIGNAN A UN PATRIMONIO COMO BENEFICIARIO

- Items 1-5 plus:
Elementos 1 a 5 más:
- Letters of
Administration or
Testamentary
Cartas de
administración o
testamentarias

CLAIMS NAMING A TRUST AS THE BENEFICIARY RECLAMACIONES QUE DESIGNAN A UN FIDEICOMISO COMO BENEFICIARIO

- Items 1-5 plus:
Elementos 1 a 5 más:
- Copies of Trust and
Letters of Acceptance
from the Trustee with
the Trust ID Number
Copias del fideicomiso
y cartas de aceptación
del administrador
con el número
de identificación
del fideicomiso

SECTION 1: EMPLOYEE INFORMATION SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Policyholder Name (last, first, middle)
Nombre del titular de la póliza
(apellido, nombre, segundo nombre)

Date of Birth
Fecha de nacimiento

Address (street, city, state, and ZIP)
Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)

Telephone No.
Nro. de teléfono

Social Security No.
Nro. de Seguro Social

Gender
Género ☐ Male/Masculino
☐ Female/Femenino

Date of Loss (AD&D claims require both police and toxicology reports)
Fecha de la pérdida (las reclamaciones por AD&D requieren denuncias policiales e informes de toxicología)

SECTION 2: DEPENDENT INFORMATION SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE

Insured Name (last, first, middle)
Nombre del asegurado
(apellido, nombre, segundo nombre)

Date of Birth
Fecha de nacimiento

Address (street, city, state, and ZIP)
Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)

Telephone No.
Nro. de teléfono

Social Security No.
Nro. de Seguro Social

Gender
Género ☐ Male/Masculino
☐ Female/Femenino

Relationship to Insured
Relación con el empleado ☐ Self/Usted mismo ☐ Spouse/Cónyuge ☐ Dependent/Dependiente

Date of Loss (AD&D claims require both police and toxicology reports)
Fecha de la pérdida (las reclamaciones por AD&D requieren denuncias policiales e informes de toxicología)



LIFE INSURANCE CLAIM FORM FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DEL SEGURO DE VIDA

SUBMIT YOUR CLAIM ENVÍE SU RECLAMACIÓN

Complete all fields and return to USable Life
Attention: Claims Department

Complete todos los campos y envíe el formulario a
USable Life, Attention: Claims Department

Mail/Correo postal: P.O. Box 1650 | Little Rock | AR | 72203

Email/Correo electrónico: claims@usablelife.com

Fax: (501) 235-8416

Online/En línea: [USableLife.com/claims](https://usablelife.com/claims)

CUSTOMER CARE

ATENCIÓN AL CLIENTE

(800) 370-5856 Monday-Friday, 8 a.m. to 5 p.m. CST

(800) 370-5856, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.,
hora central

SECTION 3: EMPLOYER'S STATEMENT SECCIÓN 3: DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR

Employer Name Nombre del empleador		Group Policy No. N.º de póliza grupal	
Contact Name and Title Nombre del contacto y cargo			
Address (street, city, state, and ZIP) Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)			
Telephone No. Nro. de teléfono	Fax No. N.º de fax	Email Address Dirección de correo electrónico	
Employee's Hire Date Fecha de contratación del empleado	Date Employee Last Worked Fecha en la que el empleado trabajó por última vez	Employee's Hours Worked (per week) Horas trabajadas del empleado (por semana)	
Employee's Occupation at Time of Leave Ocupación del empleado al momento de la licencia			
Insured Employee Benefits (provide amount for each benefit enrolled) Beneficios del empleado asegurado (proporcione el monto para cada beneficio inscrito)		Reason for Employee's Leave (provide date if it is different from the date employee last worked provided above) Motivo de la licencia del empleado (proporcione la fecha si es diferente de la fecha en que el empleado trabajó por última vez indicada anteriormente)	
☐ Group Term Life (GTL) Seguro de vida a término grupal		☐ Death Muerte	
☐ Voluntary Group Term Life (VGTL) Seguro de vida a término grupal voluntario		☐ Disability Discapacidad	
☐ Supplemental Group Term Life Seguro de vida a término grupal complementario		☐ Retirement Jubilación	
☐ Dependent Term Life Seguro de vida a término para dependientes		☐ Termination Finalización	
☐ Group AD&D Seguro por AD&D grupal			
☐ Voluntary AD&D Seguro por AD&D voluntario			
Did the employee designate a beneficiary? ¿El empleado designó un beneficiario? ☐ Yes/Sí ☐ No/No (if yes, submit a copy of the designation with the claim) (en caso afirmativo, envíe una copia de la designación con la reclamación) ☐ Spouse Cónyuge ☐ Other Otros ☐ Trust Fideicomiso ☐ Minor Menor ☐ Estate Patrimonio			
Are premiums paid to-date for this employee? ¿Se han pagado las primas hasta la fecha para este empleado? ☐ Yes/Sí ☐ No/No (if no, provide date premiums discontinued) (en caso negativo, indique la fecha en que se cancelaron las primas)			
Is benefit based on salary multiple? ¿El beneficio se basa en el múltiplo salarial? ☐ Yes/Sí ☐ No/No (if yes, provide salary information) (en caso afirmativo, proporcione información salarial)			
Signature of Contact Firma del contacto		Effective Date Fecha de entrada en vigencia	



LIFE INSURANCE CLAIM FORM FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DEL SEGURO DE VIDA

SUBMIT YOUR CLAIM ENVÍE SU RECLAMACIÓN

Complete all fields and return to USABLE Life
Attention: Claims Department
Complete todos los campos y envíe el formulario a
USABLE Life, Attention: Claims Department
Mail/Correo postal: P.O. Box 1650 | Little Rock | AR | 72203
Email/Correo electrónico: claims@usablelife.com
Fax: (501) 235-8416
Online/En línea: [USABLELife.com/claims](https://usablelife.com/claims)

CUSTOMER CARE ATENCIÓN AL CLIENTE

(800) 370-5856 Monday-Friday, 8 a.m. to 5 p.m. CST
(800) 370-5856, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.,
hora central

SECTION 4: BENEFICIARY STATEMENT SECCIÓN 4: DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO

Beneficiary Full Name (last, first, middle) Nombre completo del beneficiario (apellido, nombre, segundo nombre)		Date of Birth Fecha de nacimiento
Address (street, city, state, and ZIP) Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)		Telephone No. Nro. de teléfono
Fax No. N.º de fax	Social Security No. Nro. de Seguro Social	Email Address Dirección de correo electrónico
Gender Género	☐ Male/Masculino ☐ Female/Femenino	
Relationship to Insured Relación con el empleado ☐ Self/Usted mismo ☐ Spouse/Cónyuge ☐ Dependent/Dependiente		
Signature of Beneficiary Firma del beneficiario		Date Fecha
<i>I attest to the fact that the information provided is to the best of my knowledge, complete, and accurate. Doy fe del hecho de que la información proporcionada es, a mi leal saber y entender, completa y precisa</i>		

Beneficiary Full Name (last, first, middle) Nombre completo del beneficiario (apellido, nombre, segundo nombre)		Date of Birth Fecha de nacimiento
Address (street, city, state, and ZIP) Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)		Telephone No. Nro. de teléfono
Fax No. N.º de fax	Social Security No. Nro. de Seguro Social	Email Address Dirección de correo electrónico
Gender Género	☐ Male/Masculino ☐ Female/Femenino	
Relationship to Insured Relación con el empleado ☐ Self/Usted mismo ☐ Spouse/Cónyuge ☐ Dependent/Dependiente		
Signature of Beneficiary Firma del beneficiario		Date Fecha
<i>I attest to the fact that the information provided is to the best of my knowledge, complete, and accurate. Doy fe del hecho de que la información proporcionada es, a mi leal saber y entender, completa y precisa</i>		

Beneficiary Full Name (last, first, middle) Nombre completo del beneficiario (apellido, nombre, segundo nombre)		Date of Birth Fecha de nacimiento
Address (street, city, state, and ZIP) Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)		Telephone No. Nro. de teléfono
Fax No. N.º de fax	Social Security No. Nro. de Seguro Social	Email Address Dirección de correo electrónico
Gender Género	☐ Male/Masculino ☐ Female/Femenino	
Relationship to Insured Relación con el empleado ☐ Self/Usted mismo ☐ Spouse/Cónyuge ☐ Dependent/Dependiente		
Signature of Beneficiary Firma del beneficiario		Date Fecha
<i>I attest to the fact that the information provided is to the best of my knowledge, complete, and accurate. Doy fe del hecho de que la información proporcionada es, a mi leal saber y entender, completa y precisa</i>		

FRAUD WARNING: Except as noted in the separate Fraud Notice, 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.

ADVERTENCIA DE FRAUDE: A excepción de lo que se indica en el Aviso de fraude por separado, cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro 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 encarcelamiento.



LIFE INSURANCE CLAIM FORM FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DEL SEGURO DE VIDA

SUBMIT YOUR CLAIM ENVÍE SU RECLAMACIÓN

Complete all fields and return to US Able Life
Attention: Claims Department
Complete todos los campos y envíe el formulario a
US Able Life, Attention: Claims Department
Mail/Correo postal: P.O. Box 1650 | Little Rock | AR | 72203
Email/Correo electrónico: claims@usablelife.com
Fax: (501) 235-8416
Online/En línea: USableLife.com/claims

CUSTOMER CARE ATENCIÓN AL CLIENTE

(800) 370-5856 Monday-Friday, 8 a.m. to 5 p.m. CST
(800) 370-5856, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.,
hora central

Beneficiary Full Name (last, first, middle) Nombre completo del beneficiario (apellido, nombre, segundo nombre)		Date of Birth Fecha de nacimiento
Address (street, city, state, and ZIP) Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)		Telephone No. Nro. de teléfono
Fax No. N.º de fax	Social Security No. Nro. de Seguro Social	Email Address Dirección de correo electrónico
Gender Género	☐ Male/Masculino ☐ Female/Femenino	
Relationship to Insured Relación con el empleado ☐ Self/Usted mismo ☐ Spouse/Cónyuge ☐ Dependent/Dependiente		
Signature of Beneficiary Firma del beneficiario		Date Fecha
<i>I attest to the fact that the information provided is to the best of my knowledge, complete, and accurate. Doy fe del hecho de que la información proporcionada es, a mi leal saber y entender, completa y precisa</i>		
Beneficiary Full Name (last, first, middle) Nombre completo del beneficiario (apellido, nombre, segundo nombre)		Date of Birth Fecha de nacimiento
Address (street, city, state, and ZIP) Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)		Telephone No. Nro. de teléfono
Fax No. N.º de fax	Social Security No. Nro. de Seguro Social	Email Address Dirección de correo electrónico
Gender Género	☐ Male/Masculino ☐ Female/Femenino	
Relationship to Insured Relación con el empleado ☐ Self/Usted mismo ☐ Spouse/Cónyuge ☐ Dependent/Dependiente		
Signature of Beneficiary Firma del beneficiario		Date Fecha
<i>I attest to the fact that the information provided is to the best of my knowledge, complete, and accurate. Doy fe del hecho de que la información proporcionada es, a mi leal saber y entender, completa y precisa</i>		
FRAUD WARNING: Except as noted in the separate Fraud Notice, 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. ADVERTENCIA DE FRAUDE: A excepción de lo que se indica en el Aviso de fraude por separado, cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro 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 encarcelamiento.		



FRAUD NOTICE AVISO DE FRAUDE

USABLE LIFE

Mail/Correo postal: P.O. Box 1650 | Little Rock | AR | 72203

Email/Correo electrónico: claims@usablelife.com

Fax: (501) 235-8416

CUSTOMER CARE

ATENCIÓN AL CLIENTE

(800) 370-5856 Monday-Friday, 8 a.m. to 5 p.m. CST

(800) 370-5856, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora central

FOR YOUR PROTECTION, THE LAWS OF SOME STATES MAY REQUIRE US TO FURNISH YOU WITH THE FOLLOWING NOTICE: 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. Please see below for special notices required by state law for residents.

PARA SU PROTECCIÓN, LAS LEYES DE ALGUNOS ESTADOS PUEDEN EXIGIRNOS QUE LE ENVIEMOS EL SIGUIENTE AVISO: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro 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 encarcelamiento. Consulte a continuación los avisos especiales requeridos por la ley estatal para los residentes.

AL	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. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro 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 de restitución y encarcelamiento, o una combinación de ellos.
AK	Any 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. Toda persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa podría ser procesada en virtud de la ley estatal.
AZ	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. 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 un siniestro está sujeta a sanciones penales y civiles.
CA	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. Para su protección, la ley de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de un siniestro es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.
CO	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. Es ilegal proporcionar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones podrían incluir el encarcelamiento, multas, la denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un titular de póliza o reclamante con el fin de defraudar o intentar defraudar al titular de póliza o al reclamante con respecto a una conciliación o adjudicación pagadera de los beneficios del seguro se informará a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias reguladoras.
DE	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. Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.
DC	Warning: It is a crime to provide false or misleading information to an insurer for the purpose of defrauding the insurer or any other person. Penalties include imprisonment and/or fines. In addition, an insurer may deny insurance benefits if false information materially related to a claim was provided by the applicant. Advertencia: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía de seguros o cualquier otra persona. Las sanciones incluyen el encarcelamiento o multas. Además, una compañía de seguros puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa sustancialmente relacionada con una reclamación.
FL	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. Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

ID	Any person who knowingly, and with intent to defraud or deceive any insurance company, files a statement of claim containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony. Cualquier persona que, a sabiendas, y con la intención de perjudicar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.
IN	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. Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave.
KS	Fraudulent insurance act defined; amount involved defined; penalty; notification of commissioner, when; antifraud plan. (a) For purposes of this act a "fraudulent insurance act" means an act committed by any person who, knowingly and with intent to defraud, presents, causes to be presented or prepares with knowledge or belief that it will be presented to or by an insurer, purported insurer, broker or any agent thereof, any written, electronic, electronic impulse, facsimile, magnetic, oral, or telephonic communication or statement as part of, or in support of, an application for the issuance of, or the rating of an insurance policy for personal or commercial insurance, or a claim for payment or other benefit pursuant to an insurance policy for commercial or personal insurance that such person knows to contain materially false information concerning any fact material thereto; or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto. Definición de acto de seguro fraudulento; monto involucrado definido; sanción; notificación al comisionado, cuándo; plan antifraude. (a) A los fines de esta ley, un "acto de seguro fraudulento" es un acto cometido por cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, presente, causa que se presente, o prepare con conocimiento o creencia de que se presentará a una aseguradora, o por parte de ella, una supuesta aseguradora, un corredor o cualquier agente de los mismos, cualquier comunicación o declaración escrita, electrónica, de impulso electrónico, por fax, magnética, verbal o telefónica como parte de, o para apoyar, una solicitud para la emisión de, o la calificación de una póliza de seguro para un seguro personal o comercial, o una reclamación de pago u otro beneficio de conformidad con una póliza de seguro para un seguro comercial o personal que dicha persona sepa que contiene información sustancialmente falsa sobre cualquier hecho importante de la misma; u oculte, con el fin de defraudar, información relacionada con cualquier hecho relevante para ella.
KY	Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files a statement of claim containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime. Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho importante de la misma, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual es un delito.
ME	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. Es un delito proporcionar información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones podrían incluir el encarcelamiento, multas o una denegación de beneficios de seguro.
MD	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. Cualquier persona que, deliberadamente o a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio, o que, deliberadamente o a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento.
MN	A person who files a claim with intent to defraud or helps commit a fraud against an insurer is guilty of a crime. Una persona que presente una reclamación con la intención de defraudar, o ayude a cometer un fraude contra, una aseguradora es culpable de un delito.
NH	Any person who, with a purpose to injure, defraud, or deceive any insurance company, files a statement of claim containing any false, incomplete, or misleading information is subject to prosecution and punishment for insurance fraud, as provided in RSA 638:20. Toda persona que, con el fin de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta al procesamiento y castigo por fraude de seguro, según lo dispuesto en la Sección 638:20 de los Estatutos Revisados Anotados (Revised Statutes Annotated, RSA).
NJ	Any person who knowingly files a statement of claim containing any false or misleading information is subject to criminal and civil penalties. Toda persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones civiles y penales.
NM	Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to civil fines and criminal penalties. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro 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 civiles y sanciones penales.
OH	Any person who, with the 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. Cualquier persona que, con la intención de defraudar, o consciente de que facilita un fraude contra, una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contiene una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguro.

OK	WARNING: Any person who knowingly, and with intent to injure, defraud or deceive an insurer, makes any claim for the proceeds of an insurance policy containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony. ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente cualquier reclamación por los beneficios de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.
OR	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 may be guilty of a crime and subject to fines and confinement in prison. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro podría ser culpable de un delito y estar sujeta a multas y encarcelamiento.
PA	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. Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa u oculte con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho importante de la misma comete un acto de seguro fraudulento, lo cual es un delito y somete a dicha persona a sanciones civiles y penales.
RI	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. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro 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 encarcelamiento.
TN	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. Es un delito proporcionar información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen el encarcelamiento, multas o una denegación de beneficios de seguro.
TX	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. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de un siniestro es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.
VA	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. Es un delito proporcionar información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen el encarcelamiento, multas o una denegación de beneficios de seguro.
VT	Any person who knowingly presents a false statement in an application for insurance may be guilty of a criminal offense and subject to penalties under state law. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración falsa en una solicitud de seguro puede ser culpable de un delito y estar sujeta a sanciones según la ley estatal.
WA	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. Es un delito proporcionar información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen el encarcelamiento, multas o una denegación de beneficios de seguro.

SIGN AND DATE BELOW (I have read and understand the Fraud Notice that applies to my state of residence.)

FIRME Y FECHÉ A CONTINUACIÓN (He leído y entiendo el Aviso de fraude que se aplica a mi estado de residencia.)

Name (last, first, middle) Nombre (apellido, nombre, segundo nombre)	Telephone No. Nro. de teléfono
Signature Firma	Date Fecha

US Able LifeSM is used with the consent of US Able Mutual Insurance Company.

US Able LifeSM se utiliza con el consentimiento de US Able Mutual Insurance Company.

© 2025 Life & Specialty Ventures, L.L.C. All rights reserved

© 2025 Life & Specialty Ventures, L.L.C. Todos los derechos reservados.



AUTHORIZATION TO DISCLOSE, OBTAIN, AND USE PERSONAL INFORMATION

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR, OBTENER Y USAR INFORMACIÓN PERSONAL

USABLE LIFE

Mail/Correo postal: P.O. Box 1650 | Little Rock | AR | 72203

Email/Correo electrónico: claims@usablelife.com

Fax: (501) 235-8416

CUSTOMER CARE

ATENCIÓN AL CLIENTE

(800) 370-5856 Monday-Friday, 8 a.m. to 5 p.m. CST

(800) 370-5856, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora central

In signing below, I represent the statements I may have provided for claim review are true, complete and correct. I hereby authorize third persons, including, without limitation: any financial institution, consumer reporting agency, insurance company or reinsurer, insurance service organization such as the MIB, Inc., benefit plan administrator, health plan, hospital, health care provider, pharmacy, laboratory, business associate, governmental entity (federal, state, or local), or any other organization or individual (collectively "Third Parties"); to disclose the minimum necessary personal, financial and health information, including physical, psychological, psychiatric, drug or substance use and communicable disease diagnosis or treatment information ("Personal Information") to USable Life (the "Company"), its representatives or agents in connection with underwriting, claim evaluation or processing, medical or disability assessment and management, or treatment, payment, and operations related activities (the "Permitted Activities"). The Company may possess and further disclose Personal Information obtained from me, Third Parties, or developed by the Company to other Third Parties, claim or medical management organizations, investigative firms, agents, employees, consultants, and others who have a legitimate business interest in obtaining the minimum necessary Personal Information in connection with the Permitted Activities. If any provision of this authorization is or becomes invalid or unenforceable pursuant to applicable Federal or State laws, it shall be ineffective only to the extent of such invalidity or unenforceability, and the remaining provisions of this authorization shall not be affected. This authorization is valid for the lesser of: the period that my coverage from the Company remains in effect or; if this authorization is given in connection with the Company's consideration of a claim for benefits, for the duration of the Company's consideration of that claim. I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time or to refuse to sign this authorization. I acknowledge that if I do so, that revocation may adversely affect the completion of the Permitted Activities, including the denial of a claim for benefits. Any written revocation of this authorization shall become effective upon receipt by the Company, but shall not apply retroactively as to Personal Information that has been previously disclosed, obtained, or used in accordance with this authorization. A photocopy of this form is as valid as the original. A copy of this authorization will be provided to me or my authorized representative upon request.

Al firmar a continuación, afirmo que las declaraciones que he proporcionado para la revisión de reclamaciones son verdaderas, completas y correctas. Por el presente autorizo a terceros, incluidos, sin limitación: cualquier institución financiera, agencia de informes del consumidor, compañía aseguradora o reaseguradora, organización de servicios de seguro, como MIB, Inc., administrador de plan de beneficios, plan de salud, hospital, proveedor de atención médica, farmacia, laboratorio, asociado comercial, entidad gubernamental (federal, estatal, o local), o cualquier otra organización o persona (en conjunto, "Terceros"); a divulgar el mínimo necesario de información personal, financiera y de salud, incluida información física, psicológica, psiquiátrica, sobre el consumo de drogas o sustancias, y de diagnóstico o tratamiento de enfermedades transmisibles ("Información personal") a USable Life (la "Compañía"), sus representantes o agentes en relación con la suscripción, la evaluación o el procesamiento de reclamaciones, la evaluación y gestión médica o de discapacidad, o actividades relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones (las "Actividades permitidas"). La Compañía puede poseer y divulgar Información personal obtenida de mí, de Terceros o desarrollada por la Compañía a otros Terceros, organizaciones de gestión médica o de reclamaciones, firmas de investigación, agentes, empleados, consultores y otros que tienen un interés comercial legítimo en obtener la Información personal mínima necesaria en relación con las Actividades permitidas. Si alguna disposición de esta autorización es o se vuelve nula o inaplicable de conformidad con las leyes federales o estatales aplicables, no entrará en vigencia solo en la medida de dicha nulidad o inaplicabilidad, y las disposiciones restantes de esta autorización no se verán afectadas. Esta autorización es válida durante el menor de los siguientes períodos: el período en que mi cobertura de la Compañía permanezca en vigencia o, si esta autorización se otorga en relación con la consideración de la Compañía de una reclamación de beneficios, mientras la Compañía considere dicha reclamación. Tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento o a negarme a firmar esta autorización. Reconozco que, si lo hago, la revocación puede afectar negativamente la finalización de las Actividades permitidas, incluida la denegación de una reclamación de beneficios. Cualquier revocación por escrito de esta autorización entrará en vigencia al momento de la recepción por parte de la Compañía, pero no se aplicará retroactivamente en cuanto a la Información personal que se haya divulgado, obtenido o utilizado previamente de acuerdo con esta autorización. Una fotocopia de este formulario es tan válida como el original. Se me proporcionará a mí o a mi representante autorizado una copia de esta autorización a solicitud.

Name (last, first, middle)

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre)

Telephone No.
Nro. de teléfono

Email Address
Dirección de correo electrónico

Signature
Firma

Date
Fecha