

**AIG**  
**Accident and Health Claims Department**  
**P.O. Box 25987**  
**Shawnee Mission, KS 66225**  
**Tel: 800-551-0824**  
**Fax: 866-893-8574**

**PRUEBA DE PÉRDIDA**

**UNDERWRITTEN DE:**

**NOMBRE DEL GRUPO:**

**NUMERO DE PÓLIZA:**

**FORMULARIO DE RECLAMO POR ACCIDENTE Y POR ENFERMEDAD DE RIESGO ESPECIAL**

**INSTRUCCIONES:**

- 1.) Debe hacer que la **SECCIÓN A** sea completamente llenada por un funcionario designado del Tenedor de la póliza.
- 2.) La **SECCIÓN B** debe ser completada, firmada, y fechada por la persona que hace el reclamo o padre o madre / custodio de la persona que hace el reclamo, si la persona que hace el reclamo es menor de edad.
- 3.) Adjunte las facturas individuales de todos los gastos médicos que se están reclamando, incluyendo el nombre de la persona que hace el reclamo, la condición que se está tratando (diagnóstico), descripción de los servicios, fecha del servicio(s) y el costo de cada servicio. **POR FAVOR ENVÍE POR CORREO EL FORMULARIO COMPLETO Y LAS FACTURAS A LA DIRECCIÓN DE ARRIBA.**

**DECLARACIÓN DE FRAUDE DE NEW YORK: CUALQUIER PERSONA QUE CONOCIMIENTOS Y CON INTENCIÓN DE DEFRAUDAR CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS O DEMÁS PERSONAS PRESENTEN UNA SOLICITUD DE SEGURO O DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA, O CONCEJOS PARA EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR, INFORMACIÓN RELATIVA A CUALQUIER MATERIAL DE HECHO, COMPROMETE UNA LEY DE SEGURO FRAUDULENTO, QUE ES UN DELITO, Y TAMBIÉN SERÁ SUJETA A UNA PENA CIVIL QUE NO EXCEDERÁ CINCO MIL DÓLARES Y EL VALOR ESTABLECIDO DE LA**

**PLAN PRIMARIO** – se pagan beneficios por gastos médicos cubiertos desde el primer dólar sin importar los pagos hechos por otros seguros hasta el máximo de la póliza.

**PLAN DE EXCESO** - Los gastos elegibles cubiertos se determinarán después que los beneficios hayan sido pagados por otro seguro válido y recolectable. Debe presentar su reclamo a su otra compañía de seguros primero. Cuando reciba su Declaración de Beneficios (EOB), envíenla junto con las facturas individuales. Los beneficios para gastos elegibles se pagarán por los términos de la póliza.

**La presentación de este formulario, o su aceptación por la compañía, no debe ser considerada como una admisión de cualquier responsabilidad de la compañía, ni como una cancelación de cualquiera de las condiciones del contrato de seguro.**

**SECCIÓN A – DEBE SER COMPLETADA Y FIRMADA POR UN REPRESENTANTE DESIGNADO POR EL TENEDOR DE LA PÓLIZA**

**NOMBRE / Y / O LUGAR DEL GRUPO / CLUB / DE DEPORTES / ESCUELA ETC.**

<b>NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA QUE HACE EL RECLAMO (POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE CON LETRA DE IMPRENTA O A MÁQUINA)</b>	<b>NO. DE SEGURO SOCIAL (SI LO HAY)</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR</b>
---	---	----------------------------	------------------------------

**FECHA EN QUE LA COBERTURA COMENZÓ**

**FECHA EN QUE LA COBERTURA TERMINARÁ / HATERMINADO**

**NATURALEZA DE LA LESIÓN O ENFERMEDAD. (DESCRIBA COMPLETAMENTE, INCLUYENDO QUÉ PARTE DEL CUERPO FUE LESIONADA)**

**DESCRIBA CÓMO, CUÁNDO, Y DÓNDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE (FECHA Y HORARIO).**

<b>NOMBRE DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>EL ACCIDENTE OCURRIÓ</b> <b>A. MIENTRAS QUE LA PERSONA QUE HACE EL RECLAMO FUE SUPERVISADA</b>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
	<b>B. DURANTE UNA ACTIVIDAD AUSPICIAADA</b>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
<b>INDIQUE EL DEPORTE (SI PROCEDE)</b>	<b>C. DURANTE HORAS PROGRAMADAS</b>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
	<b>D. MIENTRAS IBA O VENÍA DE UNA ACTIVIDAD REGULARMENTE PROGRAMADA EN UN GRUPO SUPERVISADO</b>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
<b>ULTIMO DIA QUE TRABAJÓ</b>	<b>FECHA EN QUE REGRESÓ A TRABAJAR</b>	<b>GANANCIAS SEMANALES</b>	
<b>REPRESENTANTE DEL TENEDOR DE LA PÓLIZA (POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA O A MÁQUINA)</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>NUMERO TELEFÓNICO DURANTE EL DIA</b>	
<b>FRIMA DEL REPRESENTANTE DEL DUEÑO DE LA POLIZA</b>		<b>FECHA</b>	

**SECCION B – DEBE COMPLETARSE**

<b>INDIQUE EL NOMBRE, DIRECCIÓN, Y NÚMERO TELEFÓNICO DE OTRAS COMPAÑÍAS DE SEGURO BAJO LAS CUALES LA PERSONA QUE HACE EL RECLAMO ESTÁ ASEGURADA</b>	<b># DE PÓLIZA / # DE CUENTA</b>
---	----------------------------------

**SI LAPERSONA QUE HACE EL RECLAMO ES MENOR DE EDAD, NOMBRE DEL CUSTODIO DE LA PERSONA QUE HACE EL RECLAMO / RELACIÓN CON LA PERSONA QUE HACE EL RECLAMO**

<b>DIRECCIÓN DE LA PERSONA QUE HACE EL RECLAMO (SI LAPERSONA QUE HACE EL RECLAMO ES MENOR DE EDAD, NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL CUSTODIO DE LA PERSONA QUE HACE EL RECLAMO )</b>	<b>NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CUSTODIO</b>
<b>NOMBRE / DIRECCIÓN / NÚMERO TELEFÓNICO DEL EMPLEADOR (SI LAPERSONA QUE HACE EL RECLAMO ES MENOR DE EDAD, EMPLEADOR DEL CUSTODIO)</b>	<b># TELEFÓNICO DEL EMPLEADOR DURANTE EL DIA</b>

**POR EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA POR LO QUE SÉ Y CREO.**

**AUTORIZACIÓN y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Yo, el firmante, autorizo a cualquier hospital u otra institución de atención medica, medico u otro profesional medico, farmacia, organización de apoyo de seguro, agencia de gobierno, grupo, dueño de póliza, compañía de seguros, asociación, empleador o administrador del plan de beneficios que proporcionen a la compañía de Seguros nombrada anteriormente o a sus representantes, cualquiera y toda la información con respecto a cualquier lesión o enfermedad sufrida, el historial médico, o cualquier consulta, receta o tratamiento provisto a la persona, cuyo fallecimiento, lesión, enfermedad, o pérdida es la base del reclamo y copias de todos los registros médicos u hospitalarios de la persona, incluyendo información relacionada a enfermedad mental y uso de drogas y alcohol, para determinar la elegibilidad para pagos de beneficios bajo el Número de póliza identificado anteriormente. Autorizo al tenedor de la póliza de grupo, empleador, o administrador del plan de beneficio que proporcionen la información financiera y relacionada al empleo a la compañía de Seguros nombrada anteriormente. Entiendo que esta autorización es válida por el término de la cobertura de la póliza identificada anteriormente y que una copia de esta autorización debe considerarse válida como la original. Entiendo que yo o mi representante autorizado podemos solicitar una copia de esta autorización.

**Autorizo el pago de beneficios médicos al o proveedor del servicio realizado.**  SÍ  NO

**CALIFORNIA:** Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un crimen y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

**Rhode Island:** Cualquier persona que deliberadamente presenta falsa o fraudulenta reclamar para el pago de una pérdida o beneficio o deliberadamente presenta información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede ser sujeta a multas y reclusión en la cárcel.

**Para residentes de Pennsylvania:** Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una declaración de reclamo, que contenga información materialmente falsa, u oculte con el propósito de engañar, la información correspondiente a cualquier hecho, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual es un crimen, y tal persona estará sujeta a penas criminales y civiles.

**Para personas que hacen el reclamo que no son residentes de California, New York, o Pennsylvania:** Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud para seguros, es culpable de un crimen y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión.

**FIRMA DE LA PERSONA QUE HACE EL RECLAMO O PERSONA AUTORIZADA**

**FECHA**



**ALABAMA:** CUALQUIER PERSONA QUE CONOCE PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO O QUE CONOCIMENTAMENTE PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS DE RESTITUCIÓN O CONFINAMIENTO EN PRISIÓN, O CUALQUIER COMBINACIÓN EN

**ALASKA:** UNA PERSONA QUE CON CONOCIMIENTO Y CON INTENCIÓN DE INJURAR, DEFRAUDAR O ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS PRESENTA UNA DEMANDA QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA. PUEDE SER ENFERMO BAJO LA LEY ESTATAL.

**ARIZONA:** PARA SU PROTECCIÓN, LA LEY DE ARIZONA REQUIERE QUE LO SIGUIENTE PRESENTE EN ESTE FORMULARIO. CUALQUIER PERSONA QUE CONOCIMIENTOS PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA PAGAR UNA PÉRDIDA ESTÁ SUJETA A SANCIONES PENALES Y CIVILES.

**ARKANSAS, LOUISIANA, RHODE ISLAND Y WEST VIRGINIA:** CUALQUIER PERSONA QUE PRESENTE UNA DEMANDA FALSA O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO O QUE CONOCIMENTAMENTE PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS Y CONFINAMIENTO EN PRISIÓN.

**CALIFORNIA:** PARA SU PROTECCIÓN, LA LEY DE CALIFORNIA REQUIERE QUE LO SIGUIENTE PRESENTE EN ESTE FORMULARIO. CUALQUIER PERSONA QUE CONOCIMIENTOS PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRÁCULA PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS Y CONFINAMIENTO EN PRISIÓN DEL ESTADO.

**COLORADO:** ES ILÍCITO OFRECER CON CONOCIMIENTO HECHOS O INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE DEFRAUDAR O INTENTAR DEFRAUDAR A LA COMPAÑÍA. LAS PENAS PUEDEN INCLUIR ENCARCELAMIENTO, MULTAS, DENEGACIÓN DE SEGUROS Y DAÑOS CIVILES. CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS O AGENTE DE UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS QUE PROPORCIONE HECHOS FALSOS, INCOMPLETOS O ENGAÑOSOS O INFORMACIÓN A UN PONEDOR DE PÓLIZAS O RECLAMANTE CON EL FIN DE DEFRAUDAR O INTENTAR DEFRAUDAR AL TITULAR DE LA PÓLIZA O RECLAMANTE CON RESPECTO A UN ACUERDO O PREMIO PAGADERO DE PROCEDIMIENTOS DE SEGUROS SERÁ REPORTADO A LA DIVISIÓN DE SEGUROS DE COLORADO DENTRO DEL DEPARTAMENTO DE AGENCIAS REGULADORAS.

**DELAWARE:** CUALQUIER PERSONA QUE, CON SATISFACCIÓN, Y CON LA INTENCIÓN DE LESIONAR, DEFIRIR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADOR, PRESENTA UNA DECLARACIÓN DE RECLAMO QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA, ES CULPABLE DE UN DELITO.

**DISTRICT OF COLUMBIA:** ADVERTENCIA: ES UN DELITO PROVOCAR INFORMACIÓN FALSA O ENGAÑOSA A UN ASEGURADOR CON EL FIN DE DEFRAUDAR AL ASEGURADOR O A CUALQUIER OTRA PERSONA. PENALIZACIONES INCLUYEN ENCARCELAMIENTO Y / O MULTAS. ADEMÁS, UN ASEGURADOR PUEDE NIEGAR LOS BENEFICIOS DEL SEGURO SI LA INFORMACIÓN FALSA MATERIALMENTE RELACIONADA CON UNA RECLAMACIÓN FUE PROPORCIONADA POR EL

**FLORIDA:** CUALQUIER PERSONA QUE CONOCIMIENTOS Y CON INTENCIÓN DE LESIONAR, DEFIRIR O ENGAÑAR CUALQUIER ARCHIVO DE ASEGURADORES UNA DECLARACIÓN DE RECLAMO O UNA APLICACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA ES CULPABLE DE UN DELITO DE TERCER GRADO.

**IDAHO:** CUALQUIER PERSONA QUE, CON SATISFACCIÓN, Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O ENGAÑAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS, PRESENTA UNA DECLARACIÓN DE RECLAMO QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA, ES CULPABLE DE UN DELITO.

**INDIANA:** UNA PERSONA QUE CON SABIDURÍA Y CON INTENCIÓN DE DEFRAUDAR UN ARMADOR PRESENTA UNA DECLARACIÓN DE RECLAMO QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA QUE COMPROMETE UNA FALTA.

**KENTUCKY:** CUALQUIER PERSONA QUE CON SABIDURÍA Y CON INTENCIÓN DE DEFRAUDAR CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS O ARCHIVOS DE OTRAS PERSONAS UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA MATERIALMENTE O CONCEBIOS, PARA EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR, INFORMACIÓN RELATIVA A CUALQUIER MATERIAL DE HECHOS COMPROMETE UNA LEY DE SEGURO FRAUDULENTO, QUE

**MAINE:** ES UN DELITO PROVOCAR CON CONOCIMIENTO INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL FIN DE DEFRAUDAR A LA COMPAÑÍA. LAS PENAS PUEDEN INCLUIR ENCARCELAMIENTO, MULTAS O UNA DENEGACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGUROS.

**MARYLAND:** CUALQUIER PERSONA QUE CONOCIDO Y PRESENTAMENTE PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA DE BENEFICIO O QUE CONOCIDO Y PRESENTAMENTE PRESENTA INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD PARA INSURANCE ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS Y CONFINAMIENTO EN PRISIÓN.

**MINNESOTA:** UNA PERSONA QUE PRESENTA UNA RECLAMACIÓN CON INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O AYUDA A COMETER UN FRAUDE CONTRA UN ASEGURADOR ES CULPABLE DE UN DELITO.

**NEW HAMPSHIRE:** CUALQUIER PERSONA QUE, CON EL FIN DE LESIONE, DEFRAUDE O ENGAÑE A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS, PRESENTA UNA DECLARACIÓN DE RECLAMO QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA QUE ESTÁ SUJETA A ENJUICIAMIENTO Y CASTIGO DE FRAUDE DE SEGUROS, SEGÚN LO DISPONE RSA 638.20.

**NEW JERSEY:** CUALQUIER PERSONA QUE HAGA CLIC AQUÍ UNA DECLARACIÓN DE RECLAMO QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA O ENGAÑOSA ESTÁ SUJETA A SANCIONES PENALES Y

**NEW MEXICO:** CUALQUIER PERSONA QUE PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA 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 SUJETO A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

**OHIO:** CUALQUIER PERSONA QUE, CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O SABER QUE ESTÁ FACILITANDO UN FRAUDE CONTRA UN ASEGURADOR, PRESENTA UNA SOLICITUD O ARCHIVOS UNA RECLAMACIÓN QUE CONTIENE UNA DECLARACIÓN FALSA O ENGAÑADORA ES CULPABLE DE FRAUDE DE SEGURO.

**OKLAHOMA:** ADVERTENCIA: CUALQUIER PERSONA QUE, CON SATISFACCIÓN, Y CON LA INTENCIÓN DE LESIONAR, DEFRAUDAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADOR, HACE ALGUNA RECLAMACIÓN POR LOS INGRESOS DE UNA PÓLIZA DE SEGURO QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA, ES CULPABLE DE UN DELITO.

**PENNSYLVANIA:** CUALQUIER PERSONA QUE CONOCIMIENTOS Y CON INTENCIÓN DE DEFRAUDAR CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA PRESENTARÁ UNA SOLICITUD DE SEGURO O DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA O CONCEBIOS PARA EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR, INFORMACIÓN RELATIVA A CUALQUIER MATERIAL DE HECHOS COMPROMETE UNA LEY DE SEGURO FRAUDULENTO, QUE ES UN CRIMEN Y SUJETAS A TAL PERSONA A PENALIDADES

**TENNESSEE, VIRGINIA Y WASHINGTON:** ES UN DELITO PROVOCAR CON CONOCIMIENTO INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL FIN DE DEFRAUDAR A LA COMPAÑÍA. LAS SANCIONES INCLUYEN ENCARCELAMIENTO, MULTAS Y DENEGACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO.

**TEXAS:** CUALQUIER PERSONA QUE CONOCIMIENTOS PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS Y CONFINAMIENTO EN PRISIÓN DEL ESTADO.

FIRMA DEL RECLAMANTE O PERSONA AUTORIZADA:

FECHA

En caso de accidente, notifique a la escuela / organización inmediatamente.

**Paso 1:** Notificar TODAS las instalaciones de tratamiento (consultorio médico, hospital, etc.) de este seguro cobertura para que cualquier factura y / o Explicación de Beneficios (EOB) se puedan enviar directamente desde la instalación médica a AIG.

**Paso 2:** complete la Parte I y la Parte II en el Formulario de reclamo. No deje espacios en blanco o escribe "N / A" en cualquier espacio. Si alguno de los padres o tutores no está involucrado, fallecido, desempleados, autónomos o discapacitados, indíquelo. Si está empleado, pero no tener seguro, por favor indique "SIN SEGURO" y envíenos una declaración de su empleador que el reclamante no tiene seguro. De lo contrario, nuestra oficina presentará un seguro cuestionario a su empleador para ser utilizado como verificación de no cobertura de dependientes.

**Paso 3:** Adjunte cualquier factura detallada al formulario de reclamación, junto con la correspondiente Explicación de Beneficios (EOB) para cada factura detallada. Una factura detallada incluye el tratamiento prestado, el Fechas del tratamiento, códigos de diagnóstico, nombre del médico o del hospital, dirección e impuestos I.D. número. Las facturas vencidas no son aceptables. Asegúrese de adjuntar los recibos de las facturas pagadas de bolsillo. De lo contrario, los beneficios se pagarán al proveedor del servicio. Tenga en cuenta: tanto un la factura detallada y la EOB (si corresponde) deben enviarse para que las reclamaciones se consideren por accidente. beneficios de gastos médicos.

**Paso 4:** Envíe por correo el Formulario de reclamación, junto con cualquier otra correspondencia aplicable a nuestra oficina. Hacer

No deje este formulario con la escuela, el entrenador, el hospital, el médico, etc. Cuando envíe información a nuestra oficina, por favor use la dirección a continuación.

AIG Personal Accident Claims  
P.O. Box 25987  
Shawnee Mission KS, 66225

También puede enviar electrónicamente; nuestro número de fax es 866-893-8574 o por correo electrónico a [AHClaims@aig.com](mailto:AHClaims@aig.com)

Si usted o un proveedor necesitan comunicarse con AIG para obtener cobertura de beneficios, o si tienen preguntas, llame al 800-551-0824.

**Nota:** Si su cobertura médica se encuentra bajo un plan HMO, PPO o similar, debe seguir su requisitos para obtener beneficios. De lo contrario, nuestros beneficios se pueden reducir, según corresponda, como se indica en las disposiciones de la política. Esta restricción no se aplica en todos los estados.