

**INSTRUCCIONES. FAVOR DE LEER CON ATENCIÓN**

**Seguro portátil**

Podría tener derecho de comprar Seguro de Vida Colectivo portátil si su empleo con su empleador cesa. Si el plan de Seguro de Vida Colectivo de su empleador incluye Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés) o Seguro de Dependientes, también podría tener derecho de comprar esas coberturas.

Para tener ese derecho, debe cumplir con los requisitos siguientes:

1. Haber estado asegurado con continuidad bajo el plan de Seguro de Vida Colectivo de su empleador por lo menos durante 12 meses consecutivos en la fecha en que su empleo cesa.
2. Debe poder llevar a cabo con continuidad prudente las tareas físicas de por lo menos una profesión lucrativa para la cual tenga la enseñanza, capacitación y experiencia en la fecha en que su empleo cesa.
3. Debe de tener menos de 65 años de edad en la fecha en que su empleo cesa.
4. Si no compra Seguro de Vida para usted, no puede comprar ninguna otra clase de cobertura de seguro.

La cantidad mínima y la máxima que puede comprar de Seguro portátil se muestran en el plan de Seguro de Vida Colectivo de su empleador. La cantidad de seguro que compra bajo la cláusula de Seguro portátil no puede ser aumentada.

**AVISO:** Vea la cláusula sobre el Derecho a Intercambiar del plan de Seguro de Vida Colectivo de su empleador para información sobre su derecho a intercambio por una póliza de seguro de vida individual. Las cantidades combinadas del seguro que compre bajo la cláusula de Seguro portátil y el seguro que intercambie no pueden exceder la cantidad de seguro que tanto usted como sus dependientes tenían en la fecha en su empleo cesa. También puede comunicarse con un agente de seguros independiente para analizar otras alternativas.

**Como presentar una solicitud**

**Debe solicitar por escrito y pagarnos la primera prima dentro de 31 días después de la fecha en que su empleo cesa.** Este paquete tiene dos formularios: uno para usted y uno para su empleador. **Usted es responsable de garantizar que todos los formularios necesarios sean llenados y regresados a nuestra oficina.** Los trámites empezarán cuando los dos formularios hayan sido llenados en su totalidad y los formularios de solicitud pertinentes hayan sido recibidos por nosotros. Favor de comunicarse con nuestra oficina al teléfono mostrado abajo si tiene alguna pregunta.

**INSTRUCTIONS – PLEASE READ CAREFULLY**

**Portability Of Insurance**

You may be eligible to buy portable Group Life Insurance if your employment with your employer terminates. If your employer's Group Life Insurance plan includes Accidental Death and Dismemberment (AD&D) and/or Dependents Insurance, you may also be eligible to buy those coverages.

To be eligible, you must meet the following requirements:

1. You must have been continuously insured under your employer's Group Life Insurance plan for at least 12 consecutive months on the date your employment terminates.
2. You must be able to perform with reasonable continuity the material duties of at least one gainful occupation for which you are reasonably fitted by education, training and experience on the date your employment terminates.
3. You must be under age 65 on the date your employment terminates.
4. If you do not buy Life Insurance for yourself, you may not purchase any other insurance coverages.

The minimum and maximum amounts of insurance eligible for Portability Of Insurance are shown in your employer's Group Life Insurance plan. The amounts of insurance you purchase under the Portability Of Insurance provision cannot be increased.

**NOTE:** Refer to the Right To Convert provision in your employer's Group Life Insurance plan for information regarding eligibility to convert to an individual life insurance policy. The combined amounts of insurance you purchase under the Portability Of Insurance provision and insurance you convert may not exceed the amount for which you or your Dependents were insured on the day before your employment terminates. You may also wish to contact an independent insurance agent to discuss other alternatives.

**How to Apply**

**You must apply in writing and pay the first premium to us within 31 days after the date your employment terminates.** This packet has two forms: one for you and one for your employer. **You are responsible for making sure all required forms are completed and returned to our office.** Processing will begin when both fully-completed forms and all applicable enrollment forms are received by us. If you have questions, please contact our office at the phone number shown above.

Las tarifas de las primas están mostradas en la página 3 de esta solicitud y están sujetas a aumento conforme avanza la edad. Los precios de las primas pueden ser cambiadas por Standard Insurance Company (The Standard) con aviso previo por escrito. Los solicitantes aceptados recibirán facturación trimestral (cada tres meses). Los cheques deben ser pagados a favor de The Standard. La prima debe ser recibida en la fecha pagadera.

Si su solicitud es aceptada, usted recibirá un certificado de Seguro de Vida Colectivo Portátil que le dará una descripción en detalle de su cobertura. El certificado de Seguro de Vida Colectivo Portátil tiene cláusulas que son diferentes a las del plan de Seguro de Vida Colectivo de su empleador.

Tenga en cuenta que:

Las cantidades autorizadas se reducirán o terminarán de acuerdo a las estipulaciones de la Póliza de Seguro de Vida Colectivo Portátil. El Seguro de Vida Colectivo Portátil termina automáticamente en la fecha más cercana a:

1. La fecha en que terminaría de acuerdo a la Póliza de Seguro de Vida Colectiva Portátil.
2. La fecha en que el último período termina para el cual hemos recibido los pagos obligatorios.
3. La fecha en que termina la Póliza de Seguro de Vida Colectiva Portátil.
4. La fecha en que es aceptado como miembro de las fuerzas armadas prestando servicio activo para cualquier país.
5. Para cualquier Seguro por AD&D
  - a. La fecha cuando cumple 65 años de edad.
  - b. La fecha en que su Seguro de Vida termina.
6. Para cualquier Seguro de Conyugue, la fecha de divorcio o separación legal.
7. Para cualquier Seguro de Dependientes:
  - a. La fecha en que su Seguro de Vida portátil termina.
  - b. La fecha en que su dependiente cesa de clasificar como dependiente.
8. Su cheque será depositado en una cuenta con recibo condicional mientras su solicitud esté pendiente. Esto no quiere decir que su solicitud ha sido aceptada o que los requisitos de derecho a la póliza no aplican. Si concluimos que no tiene derecho de recibir cobertura, todos los fondos le serán regresados.

#### Designación de beneficiario

**Las designaciones de beneficiarios que haya hecho bajo el plan de Seguro de Vida Colectivo de su empleador no se transferirán al Seguro de Vida Colectivo Portátil.** Si desea designar a un beneficiario para su Seguro de Vida Colectivo Portátil, favor de llenar la sección designada en la página 6. Si no designa a un beneficiario, el pago de todo beneficio será hecho de acuerdo con las cláusulas de pago de beneficios y las cláusulas de beneficiarios de la Póliza de Seguro de Vida Colectivo Portátil.

Premium rates are shown on Page 3 of this application, and are subject to increase with advancing age. Premium rates may be changed by Standard Insurance Company (The Standard) with advance written notice. Approved applicants will be billed quarterly (every three months). Checks are to be made payable to The Standard. Premium must be received by the due date.

If your application is approved, you will receive a Group Life Portability Insurance certificate which will provide a complete description of coverage. The Group Life Portability Insurance certificate will contain provisions that will be different from your employer's Group Life Insurance plan.

Please note:

Approved amounts will be reduced or terminated according to the terms of the Group Life Portability Insurance Policy. Group Life Portability Insurance ends automatically on the earliest of:

1. The date it would otherwise end under the Group Life Portability Insurance Policy.
2. The date the last period ends for which we received the required payment.
3. The date the Group Life Portability Insurance Policy terminates.
4. The date you become a full-time member of the armed forces of any country.
5. For any AD&D Insurance:
  - a. The date you reach age 65.
  - b. The date your Life Insurance ends.
6. For any Spouse Insurance, the date of your divorce or legal separation.
7. For any Dependents Insurance:
  - a. The date your portable Life Insurance ends.
  - b. The date the Dependent ceases to be a Dependent.
8. Your check will be deposited into a conditional receipts account while your application is pending. This does not constitute approval of your application or waiver of the policy's eligibility requirements. If we determine that you are not eligible for coverage, all funds will be returned to you.

#### Beneficiary Designation

**Beneficiary designations that you made under your employer's Group Life Insurance plan will not apply to Group Life Portability Insurance.** If you wish to designate a beneficiary for Group Life Portability Insurance, please complete the Beneficiary section on Page 6. If you do not designate a beneficiary, payment of any benefit will be made in accordance with the Benefit Payment and Beneficiary Provisions of the Group Life Portability Insurance Policy.

**SEGURO DE VIDA COLECTIVO y si es pertinente, SEGURO DE VIDA DE DEPENDIENTES  
(GROUP LIFE and, if applicable, DEPENDENTS LIFE INSURANCE)**

<b>Precio mensual de la prima para el miembro y su cónyuge por cada \$1,000 de seguro (Monthly Premium Rates for Member &amp; Spouse per \$1,000 of Insurance)</b>			
<u>Edad (Age)</u> <small>(en su último cumpleaños) (on last birthday)</small>	<u>Precio sin uso de tabaco</u> <b>(Non-Tobacco Rate)</b>	<u>Precio con uso de tabaco</u> <b>(Tobacco Rate)</b>	
0-34	\$ 0.16	\$ 0.22	
35-39	0.17	0.24	
40-44	0.23	0.34	
45-49	0.39	0.56	
50-54	0.56	0.81	
55-59	0.97	1.38	
60-64	1.47	2.09	
65-69	2.87	3.98	
70-74	4.70	6.31	
75-79	6.99	9.05	
80+	12.82	16.00	
	Miembro (Member)	Cónyuge (Spouse)	Hijo (Child)
1. Edad (Age)			
2. Precio mensual por edad del cuadro mostrado arriba (Monthly Rate for age from above table)			\$0.16 per \$1,000
3. Cantidad de seguro (Amount of Insurance)			
4. Divida la línea 3 entre 1,000 (Divide Line 3 by 1,000)			
5. Multiplique la línea 4 por la línea 2 (Multiply Line 4 by Line 2)			
6. Sume todas las cantidades en la línea 5 para llegar a la cantidad mensual de la prima \$ (Add all amounts in Line 5 to arrive at Monthly Premium Amount)			

**SEGURO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D) COLECTIVO (si es pertinente)  
(GROUP ACCIDENTAL DEATH AND DISMEMBERMENT (AD&D) INSURANCE (if applicable))**

El precio mensual de la prima es \$0.04 por cada \$1,000 de Seguro por AD&D (Monthly Premium Rate is \$0.04 per \$1,000 of AD&D Insurance)	Miembro solamente (Member Only)
a. Cantidad de seguro de la línea 3 (Amount of Insurance from Line 3)	
b. Divida la línea a entre \$1,000 (Divide Line a by \$1,000)	
c. Multiplique la línea b por \$0.04 para llegar a la cantidad mensual de la prima \$ (Multiply Line b by \$0.04 to arrive at Monthly Premium Amount)	

**PRIMA TOTAL PAGADERA (TOTAL PREMIUM DUE)**

Sume la línea 6 a la línea c de arriba (si es pertinente) \$ (Add Line 6 to Line c above (if applicable))
<b>Multiplique por 3 para llegar al TOTAL DE LA PRIMA TRIMESTRAL PAGADERA \$ (Multiply by 3 to arrive at TOTAL QUARTERLY PREMIUM DUE)</b>

En letra de molde. **LLENE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD.** (Please type or print. **COMPLETE ENTIRE FORM.**)

**1. DATOS DEL MIEMBRO (MEMBER INFORMATION)**

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre) (Name (last, first, middle))		Sexo (Sex) <input type="checkbox"/> Masculino (Male) <input type="checkbox"/> Femenino (Female)	
Domicilio (Street address)	Ciudad (City)	Estado (State)	Código postal (Zip code)
N.º de Seguro Social (Social Security No.)	Teléfono (Telephone)	Fecha de nacimiento (mes, día, año) (Birthdate (month, day, year))	

**2. DATOS DE LOS DEPENDIENTES (si es pertinente) (DEPENDENTS INFORMATION (if applicable))**

Nombre del cónyuge (apellido, nombre, segundo nombre) (Spouse name (last, first, middle))	Fecha de nacimiento del cónyuge (mes, día, año) (Spouse birthdate (month, day, year))
--	--

**3. DATOS DEL EMPLEADOR (EMPLOYER INFORMATION)**

Nombre del grupo (Name of group)	Número de grupo (Group Number)
Nombre del empleador (si es distinto) (Name of employer (if different))	Contacto de Recursos Humanos del empleador y número de teléfono (Employer HR Contact and Phone Number)
Su profesión con el empleador (Your occupation with the employer)	
La última fecha en que trabajó para su empleador (Date you last worked for the employer)	Fecha en que su empleo cesó (si fuera otra) (Employment termination date (if different))
Si la última fecha en que trabajó y la fecha en que su empleo cesó no son las mismas, favor de explicar: (If date you last worked and employment termination date differ, please explain)	

(continuada) ((continued))

**4. DERECHO DE PARTICIPACIÓN (ELIGIBILITY)**

Fecha en que empezó su cobertura bajo la póliza colectiva con su empleador. (Date you became insured under your Employer's coverage under the Group Policy.)	
¿Ha estado asegurado bajo el plan de seguro de vida colectivo de su empleador por lo menos 12 meses consecutivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Have you been insured under your Employer's group life insurance plan for at least 12 consecutive months?)	
¿Cesó su empleo debido a motivos médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Is your employment terminating due to medical reasons?)	
¿Puede llevar a cabo con continuidad prudente las tareas físicas de por lo menos una profesión lucrativa para la cual tenga la enseñanza, capacitación y experiencia? (Are you able to perform with reasonable continuity the material duties of at least one gainful occupation for which you are reasonably fitted by education, training and experience?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es menor de 65 años de edad en la fecha en que su empleo cesa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Are you under the age of 65 on the date your employment terminates?)	
¿Usted o su cónyuge han usado tabaco en los últimos 12 meses? (Have you or your spouse used tobacco in any form in the last 12 months?)	Miembro: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Member) Cónyuge: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Spouse)

**5. CANTIDAD SOLICITAD DE COBERTURA DE SEGURO (AMOUNT OF INSURANCE COVERAGE REQUESTED)**

SEGURO DE VIDA y si es pertinente, SEGURO DE VIDA DE DEPENDIENTES (GROUP LIFE and, if applicable, DEPENDENTS LIFE INSURANCE)		Seguro por AD&D (si es pertinente) (AD&D INSURANCE (if applicable))
Miembro (Member)	\$	\$
Cónyuge (Spouse)	\$	\$
Hijos (Children)	\$	
Facturación: Si es aceptado, recibirá una facturación trimestral (cada tres meses) a su domicilio. Las primas deben ser recibidas en la fecha pagadera. (Billing: If approved, you will be billed quarterly (every three months), at your home address. Premium must be received by the due date.)		

(continuada) ((continued))

**6. BENEFICIARIO (BENEFICIARY)**

Esta designación de beneficiario es pertinente a todo sus Seguros de Vida Colectivos Portátiles y Seguros por Muerte Accidental y Desmembramiento, si los hubiera.

Si nombra a dos o más beneficiarios en una de las clasificaciones (primario o secundario): (1) Dos o más de los beneficiarios sobrevivientes recibirán partes iguales, al menos que usted indique partes desiguales. (2) Si usted indica partes desiguales en una de las clasificaciones y dos o más beneficiarios en dicha clasificación le sobreviven, le pagaremos a cada beneficiario sobreviviente su parte correspondiente. Sólo si indica lo contrario, pagaremos las partes correspondientes que se le deban a cualquier beneficiario fallecido a los beneficiarios que sobreviven basándonos en una cantidad prorrateada de acuerdo con el parentesco que el porcentaje o fracción de la cantidad designada a cada uno de los beneficiarios sobrevivientes que tengan de la cantidad total de los beneficiarios sobrevivientes. (3) Si sólo un beneficiario en una de las clasificaciones le sobrevive, le pagaremos el subsidio por fallecimiento en su totalidad a dicho beneficiario.

Si no le sobrevive un beneficiario (primario o secundario), los pagos se harán conforme lo estipula su Póliza de Seguro de Vida Colectiva Portátil.

El seguro de su cónyuge u otros dependientes, si los hubiera, le será pagadero a usted, si sobrevive, o conforme lo estipula la Póliza de Seguro de Vida Colectiva Portátil.

**Aviso:** En caso de fallecimiento y el beneficiario es menor de edad, podría ser necesario nombrar a un tutor o representante legal antes de que se puedan pagar beneficios por fallecimiento.

This beneficiary designation applies to all of your Group Life Portability Insurance and Accidental Death and Dismemberment Insurance, if any.

If you name two or more beneficiaries in a class (primary or contingent): (1) Two or more surviving beneficiaries will share equally, unless you provide for unequal shares. (2) If you provide for unequal shares in a class, and two or more beneficiaries in that class survive, we will pay each surviving beneficiary his or her designated share. Unless you provide otherwise, we will then pay the share(s) otherwise due to any deceased beneficiary(ies) to the surviving beneficiaries pro rata based on the relationship that the designated percentage or fractional share of each surviving beneficiary bears to the total shares of all surviving beneficiaries. (3) If only one beneficiary in a class survives, we will pay the total death benefits to that beneficiary.

If no beneficiary (primary or contingent) survives you, payment will be made as provided in the Group Life Portability Insurance Policy.

Insurance on your Spouse or other Dependents, if any, is payable to you, if living, or as provided under the terms of the Group Life Portability Insurance Policy.

**Note:** If death occurs and a minor is the beneficiary, it may be necessary to have a guardian or a legal representative appointed before any death benefit can be paid.

**Primario (Primary)**

Nombre y apellido (Full Name)	% del beneficio (% of Benefit)	Domicilio (Address)
N.º de Seguro Social <i>(si lo sabe)</i> (Social Security No. <i>(if known)</i> )	Fecha de nacimiento (Date of Birth)	Parentesco (Relationship)
Nombre y apellido (Full Name)	% del beneficio (% of Benefit)	Domicilio (Address)
N.º de Seguro Social <i>(si lo sabe)</i> (Social Security No. <i>(if known)</i> )	Fecha de nacimiento (Date of Birth)	Parentesco (Relationship)
Nombre y apellido (Full Name)	% del beneficio (% of Benefit)	Domicilio (Address)
N.º de Seguro Social <i>(si lo sabe)</i> (Social Security No. <i>(if known)</i> )	Fecha de nacimiento (Date of Birth)	Parentesco (Relationship)

*(continuada) ((continued))*

<b>Secundario (Contingent)</b>		
Nombre y apellido (Full Name)	% del beneficio (% of Benefit)	Domicilio (Address)
N.º de Seguro Social ( <i>si lo sabe</i> ) (Social Security No. ( <i>if known</i> ))	Fecha de nacimiento (Date of Birth)	Parentesco (Relationship)
Nombre y apellido (Full Name)	% del beneficio (% of Benefit)	Domicilio (Address)
N.º de Seguro Social ( <i>si lo sabe</i> ) (Social Security No. ( <i>if known</i> ))	Fecha de nacimiento (Date of Birth)	Parentesco (Relationship)
Nombre y apellido (Full Name)	% del beneficio (% of Benefit)	Domicilio (Address)
N.º de Seguro Social ( <i>si lo sabe</i> ) (Social Security No. ( <i>if known</i> ))	Fecha de nacimiento (Date of Birth)	Parentesco (Relationship)

**7. ACUERDO (AGREEMENT)**

<p>Por este medio solicito Seguro de Vida Colectivo Portátil.</p> <p>Estoy de acuerdo que ninguna cobertura entrará en vigencia hasta que sea autorizada por escrito por Standard Insurance Company. Entiendo que si mi solicitud no es aceptada, cualquier prima que haya pagado por anticipado se me será devuelta.</p> <p>Entiendo que si no nombro a un beneficiario en la sección apropiada en la página anterior, el pago de beneficios será hecho de acuerdo con las cláusulas de pago de beneficios y cláusulas de beneficiarios de la Póliza de Seguro de Vida Colectiva Portátil.</p> <p>Certifico que todas las declaraciones en este documento son verdaderas a mi mejor saber y entender y que cumplo con todos los requisitos necesarios. He leído y entiendo esta información aquí descrita, incluso el Aviso de fraude pertinente a continuación.</p> <p><b>AVISO DE FRAUDE</b></p> <p>PARA LOS RESIDENTES DE ARKANSAS, DISTRITO DE COLOMBIA, KENTUCKY, LUISIANA, MAINE, NUEVO MÉXICO, OHIO, OKLAHOMA, TENNESSEE Y WASHINGTON: Algunos estados estipulan que le informemos a usted que cualquier persona que a sabiendas y con la intención de causar daño, defraudar o engañar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una declaración que incluya datos falsos o engañosos con respecto de cualquier hecho pertinente, comete fraude de seguros, lo cual está sujeto a sanciones civiles y penales, dependiendo del estado. Tales acciones pueden darse por entendido como un delito mayor y podrían imponerse multas substanciales.</p>	<p>I hereby apply for Group Life Portability Insurance.</p> <p>I agree that no coverage will take effect until it is approved in writing by Standard Insurance Company. I understand that if my request is not accepted, any premium advanced by me will be refunded.</p> <p>I understand that if I do not designate a beneficiary in the Beneficiary section on the preceding page, payment of any benefit will be made in accordance with the Benefit Payment and Beneficiary Provisions of the Group Life Portability Insurance Policy.</p> <p>I hereby represent that all statements contained herein are complete and true to the best of my knowledge and belief, and that I meet all eligibility requirements. I have read and understand the information herein, including the applicable Fraud Notice below.</p> <p><b>FRAUD NOTICES</b></p> <p>FOR RESIDENTS OF ARKANSAS, DISTRICT OF COLUMBIA, KENTUCKY, LOUISIANA, MAINE, NEW MEXICO, OHIO, OKLAHOMA, TENNESSEE AND WASHINGTON: Some states require us to inform you that any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive an insurance company, or other person, files a statement containing false or misleading information concerning any fact material hereto commits a fraudulent insurance act which is subject to civil and/or criminal penalties, depending upon the state. Such actions may be deemed a felony and substantial fines may be imposed.</p>
--	--

(continuada) ((continued))

**PARA RESIDENTES DE COLORADO:** Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía aseguradora con el fin de defraudarla o tratar de defraudarla. Las consecuencias pueden ser prisión, multas, rechazo de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de compañía de seguros que proporcione a sabiendas datos o información falsa, incompletos o engañosos al titular de la póliza o reclamante con el fin de defraudarlos o tratar de defraudarlos con respecto de un arreglo o indemnización pagaderos del producto del seguro, serán reportados a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias regulatorias.

**PARA RESIDENTES DE FLORIDA:** Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamación o una solicitud que incluya información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado.

**PARA RESIDENTES DE MARYLAND:** Cualquier persona que a sabiendas y con la intención presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficios o quien a sabiendas y con la intención presenta información falsa en una solicitud para seguro se hace culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión.

**PARA RESIDENTES DE PENNSYLVANIA:** Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que incluya datos falsos, o que con el propósito de engañar, oculte información con respecto a cualquier hecho pertinente, comete fraude de seguros, lo cual es un delito, y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

**FOR RESIDENTS OF COLORADO:** 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 the 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.

**FOR RESIDENTS OF FLORIDA:** Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive an insurance company, files a statement of claim or an application containing false, incomplete or misleading information is guilty of a felony of the third degree.

**FOR RESIDENTS OF MARYLAND:** Any person who knowingly and willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly and willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

**FOR RESIDENTS OF PENNSYLVANIA:** 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.

Firma  
(Signature)

Fecha  
(Date)

**En letra de molde. TODO EL FORMULARIO DEBE SER LLENADO POR EL EMPLEADOR.****(Please type or print. ENTIRE FORM MUST BE COMPLETED BY EMPLOYER.)****1. DATOS DEL MIEMBRO (MEMBER INFORMATION)**

Nombre y apellido (Full name)		Sexo (Sex) <input type="checkbox"/> Masculino (Male) <input type="checkbox"/> Femenino (Female)
N.º de Seguro Social (Social Security No.)	Fecha de nacimiento (Birthdate)	Profesión (Occupation)
Clasificación de seguro del miembro, si la hubiera, tal como lo define la póliza colectiva. (Member's Insurance Class, if any, as defined by the Group Policy)		

**2. DATOS DEL EMPLEADOR (EMPLOYER INFORMATION)**

Nombre de grupo (Group name)	Nombre del empleador (si es distinto) (Employer name (if different))
Número de grupo (Group number)	Fecha de vigencia de la cobertura del empleador bajo la póliza colectiva con The Standard (Effective date of Employer's coverage under the Group Policy with The Standard)
¿Cesó el Seguro de Vida Colectivo del miembro debido a que su empleo cesará? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Is the Member's Group Life Insurance terminating because employment is ending?)	
Si es sí, fecha en que cesó el empleo (If yes, date employment ended)	Fecha en termina la cobertura (Date coverage ends)
Última fecha en la que el miembro trabajó (Date Member last worked)	
Si es no, motivo por la cancelación del Seguro de Vida Colectivo del miembro (If no, reason for termination of Member's Group Life Insurance)	
¿Va a cesar el empleo debido a motivos médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Is employment terminating due to medical reasons)	
La fecha inicial de la cobertura del miembro como empleado (incluso con su aseguradora previa) (Original effective date of Member's coverage as your Employee (including with your prior carrier))	

**3. CANTIDAD DE SEGURO (AMOUNT OF INSURANCE)**

SEGURO DE VIDA COLECTIVO y si es pertinente, SEGURO DE VIDA DE DEPENDIENTES (GROUP LIFE and, if applicable, DEPENDENTS LIFE INSURANCE)		SEGURO POR AD&D (si es pertinente) (AD&D INSURANCE (if applicable))
Miembro (Member)	Básico (Basic) \$	Extra (si es pertinente) (Additional (if applicable)) \$
Cónyuge (Spouse)	\$	\$
Hijos (Children)	\$	\$

**4. INGRESOS ANUALES (ANNUAL EARNINGS)**

Ingresos anuales en la última fecha en que trabajó (Annual earnings on the last day of active work)
Fecha del último aumento o reducción de salario (Date of the last pay increase/decrease)
Ingresos anuales antes del último aumento o reducción de salario (Annual earnings prior to the last pay increase/decrease)

**5. AUTORIZACIÓN DEL EMPLEADOR (EMPLOYER AUTHORIZATION)**

Confirmando que la información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Además, doy conocimiento que he leído el Aviso de fraude en la página siguiente. (I hereby represent that the above information is true and complete to the best of my knowledge. In addition, I acknowledge I have read the Fraud Notice on the next page.)	
Firma del representante autorizado (Signature of authorized representative)	Fecha (Date)
Nombre y título (en letra de molde) (Name and title (please print or type))	
Dirección (Address)	Número de teléfono directo (Direct telephone number)

**6. ANEXOS (ATTACHMENTS)**

<b>FAVOR DE ANEXAR COPIAS DE TODOS LOS FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN DE SEGURO DE VIDA (PLEASE ATTACH COPIES OF ALL LIFE ENROLLMENT FORMS)</b>
<b>Aviso:</b> Si no entrega los formularios de inscripción, es posible que no podamos aceptar su solicitud. <b>(Note:</b> If enrollment forms are not provided, it may prevent us from approving the application.)

**AVISO DE FRAUDE**

PARA LOS RESIDENTES DE ARKANSAS, DISTRITO DE COLOMBIA, KENTUCKY, LUISIANA, MAINE, NUEVO MÉXICO, OHIO, OKLAHOMA, TENNESSEE Y WASHINGTON: Algunos estados estipulan que le informemos a usted que cualquier persona que a sabiendas y con la intención de causar daño, defraudar o engañar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una declaración que incluya datos falsos o engañosos con respecto de cualquier hecho pertinente, comete fraude de seguros, lo cual está sujeto a sanciones civiles y penales, dependiendo del estado. Tales acciones pueden darse por entendido como un delito mayor y podrían imponerse multas substanciales.

PARA RESIDENTES DE COLORADO: Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía aseguradora con el fin de defraudarla o tratar de defraudarla. Las consecuencias pueden ser prisión, multas, rechazo de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de compañía de seguros que proporcione a sabiendas datos o información falsa, incompletos o engañosos al titular de la póliza o reclamante con el fin de defraudarlos o tratar de defraudarlos con respecto de un arreglo o indemnización pagaderos del producto del seguro, serán reportados a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias regulatorias.

PARA RESIDENTES DE FLORIDA: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamación o una solicitud que incluya información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado.

PARA RESIDENTES DE MARYLAND: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficios o quien a sabiendas y con la intención presenta información falsa en una solicitud para seguro se hace culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión.

PARA RESIDENTES DE PENNSYLVANIA: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que incluya datos falsos, o que con el propósito de engañar, oculte información con respecto a cualquier hecho pertinente, comete fraude de seguros, lo cual es un delito, y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

**FRAUD NOTICES**

FOR RESIDENTS OF ARKANSAS, DISTRICT OF COLUMBIA, KENTUCKY, LOUISIANA, MAINE, NEW MEXICO, OHIO, OKLAHOMA, TENNESSEE AND WASHINGTON: Some states require us to inform you that any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive an insurance company, or other person, files a statement containing false or misleading information concerning any fact material hereto commits a fraudulent insurance act which is subject to civil and/or criminal penalties, depending upon the state. Such actions may be deemed a felony and substantial fines may be imposed.

FOR RESIDENTS OF COLORADO: 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 the 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.

FOR RESIDENTS OF FLORIDA: Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive an insurance company, files a statement of claim or an application containing false, incomplete or misleading information is guilty of a felony of the third degree.

FOR RESIDENTS OF MARYLAND: Any person who knowingly and willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly and willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

FOR RESIDENTS OF PENNSYLVANIA: 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.