

**INSTRUCCIONES: FAVOR DE LEER CON ATENCIÓN**

**INSTRUCTIONS – PLEASE READ CAREFULLY**

**Portabilidad Del Seguro**

Puede tener derecho a adquirir el Seguro de Vida Colectivo portátil si su empleo con su empleador se acaba. Si el plan del 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 a adquirir esas coberturas.

**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.

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

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

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.

La cantidad mínima y la máxima de seguro que puede adquirir de Portabilidad Del Seguro se muestran en el plan del Seguro de Vida Colectivo de su empleador. La cantidad de seguro que adquiera bajo la cláusula de Portabilidad del Seguro no puede ser aumentada.

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.

**AVISO:** Vea la cláusula sobre el Derecho a Intercambiar del plan de Seguro de Vida Colectivo de su empleador para información sobre su derecho de 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 tuvieran en la fecha en la que se acabe su empleo. También puede comunicarse con un agente de seguros independiente para analizar otras alternativas.

**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.

**Cómo presentar la solicitud**

**Debe solicitarla por escrito y pagarnos la primera prima dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que se acabe su empleo.** Este paquete tiene dos formularios: uno para usted y otro para su empleador. **Usted tiene la obligación de asegurarse de que todos los formularios necesarios se llenen y se devuelvan a nuestras oficinas.** 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 en el teléfono mostrado a continuación si tiene alguna pregunta.

**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 se muestran en la página 3 de esta solicitud y están sujetas a un 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 que sean 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.

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.

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.

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.

**Solicitud de Seguro de Vida Colectivo Portátil  
(Group Life Portability Insurance Application)**

Tenga presente que:

Las cantidades autorizadas se reducirán o terminarán de acuerdo a las estipulaciones de la Póliza del Seguro de Vida Colectivo Portátil.

El Seguro de Vida Colectivo Portátil termina automáticamente en la fecha más cercana a:

1. La fecha en que se cancelaría de acuerdo a la Póliza del Seguro de Vida Colectiva Portátil.
2. La fecha en que el último plazo termina para el cual hemos recibido los pagos obligatorios.
3. La fecha en que termina la Póliza del Seguro de Vida Colectivo 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 en que cumpla 65 años de edad.
  - b. La fecha en que se cancele su Seguro de Vida.
6. Para cualquier Seguro de Cónyuge, la fecha de divorcio o separación legal.
7. Para cualquier Seguro de AD&D Cónyuge, la fecha en que su cónyuge cumpla 65 años de edad.
8. Para cualquier Seguro de Dependientes:
  - a. La fecha en que su Seguro de Vida portátil es cancelado.
  - b. La fecha en que su dependiente deja de contar como dependiente.
9. Su cheque será depositado en una cuenta con recibos condicionales mientras su solicitud esté pendiente. Esto no quiere decir que su solicitud haya sido aceptada o que los requisitos de derecho a la póliza no se apliquen. Si concluimos que no tiene derecho a recibir cobertura, todos los fondos le serán devueltos.

**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 5. 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 del Seguro de Vida Colectivo Portátil.

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 Spouse AD&D Insurance, the date your spouse reaches age 65.
8. For any Dependents Insurance:
  - a. The date your portable Life Insurance ends.
  - b. The date the Dependent ceases to be a Dependent.
9. 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 5. 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.

Standard Insurance Company

Continued Benefits  
 800.378.4668 Tel 800.331.3397 Fax  
 900 SW Fifth Avenue Portland OR 97204

Hoja de cálculo de prima  
 (Premium Computation Worksheet)

**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</b> <b>(Monthly Premium Rates for Member &amp; Spouse per \$1,000 of Insurance)</b>			
<u>Edad</u> <small>(en su último cumpleaños)</small> <b>(Age (on last birthday))</b>	<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 por cada \$1,000 (\$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 (Member)	Cónyuge (Spouse)	Hijo (Child)
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>

**Favor de escribir en letra de molde o a máquina. 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"/> Hombre (Male) <input type="checkbox"/> Mujer (Female)	
Dirección (número y calle) (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)	N.º de Póliza Colectiva: (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 se acabó su empleo (si fuera otra) (Employment termination date (if different))
Si la última fecha en que trabajó y la fecha en que se acabó su empleo no son las mismas, favor de explicar: (If date you last worked and employment termination date differ, please explain)	

**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?)	
¿Se acabó 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 una continuidad razonable las tareas físicas de por lo menos una profesión lucrativa para la cual tenga la preparación académica, capacitación y experiencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (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?)	
¿Tiene menos de 65 años de edad en la fecha en que se acabe su empleo? <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 SOLICITADA DE COBERTURA DE SEGURO (AMOUNT OF INSURANCE COVERAGE REQUESTED)**

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 (Membre)	\$	\$
Cónyuge (Spouse)	\$	\$
Hijos (Children)	\$	\$

Facturación: Si es aceptado, recibirá una facturación trimestral (cada tres meses) a su domicilio. La prima debe ser recibida 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.)

**6. BENEFICIARIO (BENEFICIARY)**

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

Si usted nombra a dos o más beneficiarios en una de las clasificaciones (primaria o contingente): (1) Dos o más de los beneficiarios sobrevivientes recibirán partes iguales, a 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 del beneficio. Si usted no indica lo contrario, las partes que se le deberían a cualquier beneficiario fallecido se las pagaremos a los beneficiarios que sobrevivan, con una cantidad prorrateada basada en la relación que tenga el porcentaje o parte fraccional designada a cada uno de los beneficiarios sobrevivientes con las partes totales de todos los beneficiarios sobrevivientes. (3) Si sólo le sobrevive un beneficiario de una de las clasificaciones, le pagaremos a dicho beneficiario el total del beneficio por fallecimiento.

Si no le sobrevive un beneficiario (primario o contingente), los pagos se harán conforme lo estipule su Póliza del Seguro de Vida Colectivo Portátil.

El seguro de su cónyuge u otros dependientes, si los hubiera, le será pagadero a usted, si sobrevive, o conforme lo estipule la óliza del Seguro de Vida Colectivo Portátil.

**Aviso:** en caso de que haya un fallecimiento y el beneficiario sea 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)	Dirección (número y calle) (Address)
N.º de Seguro Social (si lo sabe) (Social Security No. (if known))	Fecha de nacimiento (Date of Birth)	N.º de teléfono (Phone Number)	Parentesco (Relationship)
Nombre y apellido (Full Name)		% del beneficio (% of Benefit)	Dirección (número y calle) (Address)
N.º de Seguro Social (si lo sabe) (Social Security No. (if known))	Fecha de nacimiento (Date of Birth)	N.º de teléfono (Phone Number)	Parentesco (Relationship)
Nombre y apellido (Full Name)		% del beneficio (% of Benefit)	Dirección (número y calle) (Address)
N.º de Seguro Social (si lo sabe) (Social Security No. (if known))	Fecha de nacimiento (Date of Birth)	N.º de teléfono (Phone Number)	Parentesco (Relationship)

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

**7. ACUERDO (AGREEMENT)**

<p>Por la presente solicito Seguro de Vida Colectivo Portátil.</p> <p>Estoy de acuerdo con 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 devolverá.</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 del Seguro de Vida Colectivo 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 de elegibilidad. He leído y entendido la información que aquí se describe, incluido el Aviso de Fraude pertinente que sigue a continuación.</p> <p><b>AVISOS DE FRAUDE</b></p> <p>PARA LOS RESIDENTES DE ARKANSAS, DISTRITO DE COLUMBIA, KENTUCKY, Luisiana, MAINE, NUEVO MÉXICO, OHIO, OKLAHOMA, TENNESSEE Y WASHINGTON: Algunos estados nos exigen informarle sobre el hecho de que toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa referente a cualquier material factual referido aquí, estará cometiendo un acto fraudulento de seguros, el cual se castiga con sanciones civiles o penales, dependiendo de cada estado. Tales actos pueden clasificarse como delitos graves y al autor se le pueden imponer multas cuantiosas.</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>
---	--

*(continúa) ((continued))*

**PARA RESIDENTES DE COLORADO:** Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía aseguradora con el fin de defraudarla o tratar de defraudarla. Hacerlo puede sancionarse con prisión, multas, denegación del seguro y responsabilidad civil. Cualquier compañía de seguros o agente de compañía de seguros que proporcionen a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o reclamante con el fin de defraudarlos o tratar de defraudarlos con respecto a un arreglo u otorgamiento pagaderos de las ganancias del seguro, deberán ser reportados al Departamento de seguros de Colorado, dentro de la División de agencias reguladoras.

**PARA RESIDENTES DE FLORIDA:** Toda 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 contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado.

**PARA RESIDENTES DE MARYLAND Y RHODE ISLAND:** Toda persona que a sabiendas o deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o de beneficios, o que a sabiendas o deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro estará cometiendo un delito y podrá ser objeto de multas y encarcelamiento.

**PARA RESIDENTES DE PENNSYLVANIA:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga datos materialmente falsos, o que, con el propósito de engañar, oculte información referente a cualquier material factual a tal efecto, estará cometiendo fraude de seguros, lo cual constituye 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 AND RHODE ISLAND:** 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.

**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)
----------------------	-----------------

Continued Benefits

800.378.4668 Tel 800.331.3397 Fax

900 SW Fifth Avenue Portland OR 97204

**Favor de escribir en letra de molde o a máquina. 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 completo (Full name)		Sexo (Sex) <input type="checkbox"/> Hombre (Male) <input type="checkbox"/> Mujer (Female)
N.º de Seguro Social (Social Security No.)	Fecha de nacimiento (Birthdate)	Profesión (Occupation)
Clasificación del 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))
N.º de Póliza Colectiva: (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)
¿Se termina el Seguro de Vida Colectivo del miembro debido a que se acabó su empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Is the Member's Group Life Insurance terminating because employment is ending?)	
Si es que sí, fecha en que se acabó el empleo (If yes, date employment ended)	Fecha en que se cancela la cobertura (Date coverage ends)
Última fecha en que el miembro trabajó (Date Member last worked)	
Si es que no, motivo por la cancelación del Seguro de Vida Colectivo del miembro (If no, reason for termination of Member's Group Life Insurance)	
¿Se acabó su empleo debido a motivos médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Is employment terminating due to medical reasons?)	
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)		MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (si es pertinente,) (AD&D INSURANCE (if applicable))
Miembro (Membere)	Básico (Basic)	
	\$	\$
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 de 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 (número y calle) (Address)		Número de teléfono directo (Direct telephone number)	

**6. ANEXOS (ATTACHMENTS)**

<p><b>FAVOR DE ANEXAR COPIAS DE TODOS LOS FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN DEL SEGURO DE VIDA                  (PLEASE ATTACH COPIES OF ALL LIFE ENROLLMENT FORMS)</b></p>
<p><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.)</p>

**AVISOS DE FRAUDE**

PARA LOS RESIDENTES DE ARKANSAS, DISTRITO DE COLUMBIA, KENTUCKY, LUISIANA, MAINE, NUEVO MÉXICO, OHIO, OKLAHOMA, TENNESSEE Y WASHINGTON: Algunos estados nos exigen informarle sobre el hecho de que toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa referente a cualquier material factual referido aquí, estará cometiendo un acto fraudulento de seguros, el cual se castiga con sanciones civiles o penales, dependiendo de cada estado. Tales actos pueden clasificarse como delitos graves y al autor se le pueden imponer multas cuantiosas.

PARA RESIDENTES DE COLORADO: Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía aseguradora con el fin de defraudarla o tratar de defraudarla. Hacerlo puede sancionarse con prisión, multas, denegación del seguro y responsabilidad civil. Cualquier compañía de seguros o agente de compañía de seguros que proporcionen a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o reclamante con el fin de defraudarlos o tratar de defraudarlos con respecto a un arreglo u otorgamiento pagaderos de las ganancias del seguro, deberán ser reportados al Departamento de seguros de Colorado, dentro de la División de agencias reguladoras.

PARA RESIDENTES DE FLORIDA: Toda 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 contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado.

PARA RESIDENTES DE MARYLAND Y RHODE ISLAND: Toda persona que a sabiendas o deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o de beneficios, o que a sabiendas o deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro estará cometiendo un delito y podrá ser objeto de multas y encarcelamiento.

PARA RESIDENTES DE PENNSYLVANIA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga datos materialmente falsos, o que, con el propósito de engañar, oculte información referente a cualquier material factual a tal efecto, estará cometiendo fraude de seguros, lo cual constituye 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 AND RHODE ISLAND: 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.

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.