



TheStandard®

Standard Insurance Company
Life Benefits Department
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

Instrucciones sobre la continuación del Seguro de Vida para el Dependiente para un hijo incapacitado (Continued Dependent Life Insurance for a Disabled Child Instructions)

Su solicitud para la continuación del Seguro de Vida para el Dependiente para un hijo incapacitado contiene cuatro formularios. Debe llenar todos los espacios en blanco para evitar retrasos en el trámite de su solicitud. Si una sección no es pertinente o si la información no está disponible, debe escribir "NP" en el espacio proporcionado para indicarnos que usted no pasó por alto esa pregunta. **Si recibimos un formulario incompleto, es posible que se lo devolvamos para que lo termine de llenar.**

Los cuatro formularios son:

1. Declaración de los padres

- Responda cada pregunta completamente. Asegúrese de describir por completo la incapacidad de su hijo dependiente.
- Si es necesario, utilice una hoja adicional para responder todas las preguntas.
- Adjunte fotocopias de todos los registros médicos relacionados con la incapacidad de su hijo.
- Recuerde firmar y fechar su declaración. **Si usted no firma y fecha la declaración, se la devolveremos.**

2. Autorización para obtener información

- Firme y feche este formulario y adjúntelo a la declaración de los padres. Al firmar este formulario, podremos obtener la información necesaria sobre su hijo dependiente para determinar su derecho de participación para la continuación del Seguro de Vida para el Dependiente para un hijo incapacitado. La autorización también nos permite divulgar información a una persona determinada. **Si lo solicita, recibirá una copia de la autorización.**

Your application for Continued Dependent Life Insurance for a Disabled Child consists of four forms. Every space should be filled in to avoid delay in processing your application. If a section does not apply, or information is not available, "NA" should be written in the space so we know you did not overlook a particular question. **If a form is received incomplete, it may be returned for completion.**

The four forms are:

1. The Parent's Statement

- Answer every question completely. Be sure to completely describe your Dependent Child's disability.
- Use an additional page, if necessary, to complete all questions.
- Enclose photocopies of all medical records pertaining to your Child's disability.
- Remember to sign and date your statement. **An unsigned or undated statement may be returned to you.**

2. The Authorization to Obtain Information

- Please sign and date this form and attach it to the Parent's Statement. Your signature on this form enables us to obtain the necessary information about your Dependent Child to determine eligibility for Continued Dependent Life Insurance for a Disabled Child. The authorization also allows us to release information to a specific person. **You will receive a copy of the Authorization upon your request.**



TheStandard®

Standard Insurance Company
Life Benefits Department
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

**Instrucciones sobre la continuación del
Seguro de Vida para el Dependiente
para un hijo incapacitado
(Continued Dependent Life Insurance for a
Disabled Child Instructions)**

3. Declaración del médico tratante

- Usted debe llenar la **Parte A**.
- El médico de su hijo dependiente debe llenar la **Parte B**. Si su hijo dependiente consultó a más de un médico sobre su afección, se debe completar una declaración por cada uno (este formulario puede ser fotocopiado). Su(s) médico(s) deberá(n) enviar el formulario lleno directamente a Standard Insurance Company (The Standard).

4. Declaración del empleador

- Este formulario debe ser llenado en su totalidad por su empleador. Asegúrese de que su empleador devuelva el formulario a The Standard.

3. The Attending Physician's Statement

- **Part A** should be completed by you.
- **Part B** should be completed by your Dependent Child's physician. If your Dependent Child had seen more than one physician for their condition, a statement should be completed by each one (this form may be photocopied). The physician(s) should mail the completed form directly to Standard Insurance Company (The Standard).

4. The Employer's Statement

- This form should be completed entirely by your employer. Please see that your employer returns the form to The Standard.

Es su responsabilidad asegurarse de que todos los formularios necesarios se llenen y se envíen a nuestra oficina. El proceso de su solicitud comenzará cuando recibamos todos los formularios llenos. Si tiene alguna pregunta, nuestra oficina está a su disposición para ayudarle.

You are responsible for making sure all required forms are completed and returned to our office. Processing of your application will begin when all completed forms are received. Should you have any questions, our office is available to assist you.

**Declaración de los padres sobre la continuación del
Seguro de Vida para el Dependiente
para un hijo incapacitado
(Continued Dependent Life Insurance for a
Disabled Child Parent's Statement)**

Standard Insurance Company

Life Benefits Department
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

PARA QUE LO LLENEN LOS PADRES (TO BE COMPLETED BY PARENT)

*Escriba a máquina o con letra de molde. Los padres son responsables de llenar este formulario sin costo alguno para Standard Insurance Company.
(Please type or print. The parent is responsible for the completion of this form without expense to Standard Insurance Company.)*

Empleado/miembro: (Employee/Member)	Fecha de nacimiento: (Birthdate)	N.º de Seguro Social: (Social Security No.)	N.º de teléfono: (Phone No.) ()	
Dirección: (Address)		Ciudad: (City)	Estado: (State)	Código postal: (Zip Code)
Nombre del empleador: (Name of Employer)		N.º de Póliza Colectiva: (Group Policy No.)	N.º de teléfono: (Phone No.) ()	
Dirección: (Street Address)		Ciudad: (City)	Estado: (State)	Código postal: (Zip Code)

DATOS DEL HIJO DEPENDIENTE INCAPACITADO (DISABLED CHILD DEPENDENT INFORMATION)

Nombre del hijo incapacitado: (Name of Disabled Child)		Fecha de nacimiento del hijo (mes, día año): (Child's Birthdate (month, day, year))		Número de Seguro Social del hijo: (Child's Social Security Number)
Estado civil del hijo: (Child's Marital Status) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado (Single) (Married) (Widowed) (Divorced)		Parentesco a usted: (Child's Relationship to you)		Género del hijo: (Child's Gender) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X (M) (F) (X)
Edad del hijo cuando se incapacitó: (Child's Age when Disability Occurred)				
¿Cuál es la afección médica de su hijo dependiente? _____ (What is your Dependent Child's medical condition?)				
¿El hijo incapacitado no puede mantener un empleo autónomo debido a un retraso mental o discapacidad física? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Is Disabled Child incapable of self-sustaining employment because of mental retardation or physical handicap?)				
Explique cómo la condición impide el empleo autónomo y cómo el hijo depende principalmente de usted: (Please explain how condition prevents self-sustaining employment and how child is chiefly dependent upon you)				
¿El hijo incapacitado depende principalmente de usted para el apoyo y manutención? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Is Disabled Child chiefly dependent upon you for support and maintenance?)				
Si la respuesta es sí, ¿a qué parte de la ayuda contribuye usted? (If yes, what part of support do you contribute?)				
¿El hijo incapacitado está internado debido a un retraso mental o discapacidad física? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Is Disabled Child institutionalized because of mental retardation or physical handicap?)				
Enumere a los médicos que han tratado a su hijo debido a su incapacidad: (Please list the physicians who have treated your child for their Disability:)				
Nombre: (Name)		Dirección (número y calle): (Address)		
Ciudad: (City)	Estado: (State)	Código postal: (Zip Code)	N.º de teléfono: (Phone No.) ()	
Nombre: (Name)		Dirección (número y calle): (Address)		
Ciudad: (City)	Estado: (State)	Código postal: (Zip Code)	N.º de teléfono: (Phone No.) ()	

**Declaración de los padres sobre la continuación del
Seguro de Vida para el Dependiente
para un hijo incapacitado
(Continued Dependent Life Insurance for a
Disabled Child Parent's Statement)**

Standard Insurance Company

Life Benefits Department
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

DECLARACIÓN DE LOS PADRES (PARENT'S STATEMENT)

La cobertura de mi Seguro de Vida para Dependientes entró en vigencia el (proporcione una fecha aproximada) (My Dependents Life Insurance coverage became effective on (give approximate date)) _____ y mi hijo incapacitado quedó asegurado como mi dependiente el (and my Disabled Child became insured as my Dependent on) _____, que fue antes de cumplir los 19 años. (which was before his or her 19th birthday.)

Creo que mi hijo tiene derecho a la continuación de la cobertura como hijo incapacitado, ya que continuamente: (1) es incapaz de mantener un empleo por su cuenta debido a un retraso mental o discapacidad física; (2) depende principalmente de mí para obtener apoyo y manutención o que está en una institución debido a un retraso mental o una discapacidad física; y (3) esté soltero(a).

I believe my child qualifies for continued coverage as a Disabled Child because he or she is continuously: (1) Incapable of self-sustaining employment because of mental retardation or physical handicap; (2) Chiefly dependent upon me for support and maintenance, or institutionalized because of mental retardation or physical handicap; and (3) unmarried.

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros 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.

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 del empleado: _____
(Signature of Employee)

Fecha: _____
(Date)

Firme y presente junto con la solicitud, la Autorización para obtener información que cumple con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, por sus siglas en inglés)). (Please sign and submit with application the Authorization to Obtain Information that complies with HIPAA requirements.)

Entiendo que esta información se utilizará para determinar si mi hijo tiene derecho para la continuación de la cobertura como hijo incapacitado. (I understand this information will be used to determine the child's eligibility for continued coverage as a Disabled Child.)

Avisos de fraude en el formulario de reclamación (Claim Form Fraud Notices)

Algunos estados requieren que le proporcionemos la siguiente información:

Some states require us to provide the following information to you:

RESIDENTES DE ALABAMA, MARYLAND Y RHODE ISLAND

Cualquier persona que, a sabiendas y deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que, a sabiendas y deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

ALABAMA, MARYLAND AND RHODE ISLAND RESIDENTS

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.

RESIDENTES DE CALIFORNIA

Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario: toda persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura del seguro o para presentar una reclamación por el pago de una pérdida, es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

CALIFORNIA RESIDENTS

For your protection California law requires the following to appear on this form: Any person who knowingly presents false or fraudulent information to obtain or amend insurance coverage or to make a claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

RESIDENTES DE COLORADO

Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o al reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o al reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagadera de los beneficios del seguro será reportado a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

COLORADO RESIDENTS

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.

RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA

ADVERTENCIA: es un delito el proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de cometer fraude a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada con la reclamación.

DISTRICT OF COLUMBIA RESIDENTS

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.

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 contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.

FLORIDA RESIDENTS

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.

RESIDENTES DE NEW HAMPSHIRE

Toda persona que, con el propósito de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, está sujeta a un proceso judicial y sancionatorio por fraude de seguros, según lo estipulado en los Estatutos Revisados Anotados (Revised Statutes Annotated (RSA, por sus siglas en inglés)) 638:20.

NEW HAMPSHIRE RESIDENTS

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.

RESIDENTES DE NEW JERSEY

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

NEW JERSEY RESIDENTS

Any person who knowingly files a statement of claim containing any false or misleading information is subject to criminal and civil penalties.

Avisos de fraude en el formulario de reclamación (Claim Form Fraud Notices)

RESIDENTES DE NEW MEXICO

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficios, 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.

RESIDENTES DE NEW YORK

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 también estará sujeta a una multa civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción.

RESIDENTES DE PENNSYLVANIA

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros 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.

RESIDENTES DE TEXAS

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida, es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

Algunos estados nos exigen que le informemos que cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa sobre cualquier hecho material del presente documento, está cometiendo un acto fraudulento de seguros, lo que está sujeto a sanciones civiles y/o penales, dependiendo del estado. Tales acciones pueden ser consideradas un delito grave y se pueden imponer multas sustanciales.

NEW MEXICO RESIDENTS

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.

NEW YORK RESIDENTS

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 shall also be subject to civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.

PENNSYLVANIA RESIDENTS

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.

TEXAS RESIDENTS

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.

ALL OTHER RESIDENTS

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.

AUTORIZO A LAS SIGUIENTES PERSONAS que tengan cualquier registro o información de _____ (hijo dependiente):

- Cualquier médico, profesional de la salud o proveedor de atención médica.
- Cualquier hospital, clínica, farmacia u otro establecimiento o asociación médica o relacionada con la medicina.
- Cualquier compañía de seguros.
- Cualquier empleador o patrocinador del plan.
- Cualquier organización o entidad que administre un programa de beneficios.
- Cualquier organización o programa educativo, vocacional o de rehabilitación.
- Cualquier agencia de información al consumidor, institución financiera, contador o perito fiscal.
- Cualquier organismo del gobierno (*por ejemplo, Administración del Seguro Social, Sistema Público de Jubilación, Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, etc.*).

PARA BRINDAR ESTA INFORMACIÓN:

- Registros médicos, notas, radiografías, informes operatorios, registros de laboratorio y de medicamentos, y cualquier otra información médica acerca del hijo dependiente, incluyendo los antecedentes médicos, diagnósticos, exámenes y los resultados correspondientes. Pronóstico y tratamiento de cualquier afección física o mental, incluyendo:
 - Cualquier trastorno del sistema inmunológico, como el VIH, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o cualquier otro síndrome o complejo relacionado.
 - Cualquier enfermedad o trastorno contagioso.
 - Cualquier afección psiquiátrica o psicológica, incluyendo los resultados de las pruebas, pero excluyendo las notas de psicoterapia. Las notas de psicoterapia no incluyen el resumen del diagnóstico, el estado funcional, el plan de tratamiento, los síntomas, el pronóstico y el progreso hasta la fecha.
 - Cualquier afección, tratamiento o terapia relacionados con abuso de sustancias, incluyendo alcoholismo y drogadicción.

y:

- Cualquier otra información que solicite acerca del hijo dependiente, más allá de la información médica, incluso en asuntos tales como preparación académica, historial de empleo, ingresos o finanzas, o derecho de participación para otros beneficios (*por ejemplo, Administración del Seguro Social, Sistema Público de Jubilación, Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, estado de reclamaciones, cantidades de beneficios y fechas de entrada en vigencia, etc.*).

I AUTHORIZE THESE PERSONS having any records or knowledge of _____ (dependent child):

- Any physician, medical practitioner or health care provider.
- Any hospital, clinic, pharmacy or other medical or medically related facility or association.
- Any insurance company.
- Any employer or plan sponsor.
- Any organization or entity administering a benefit program.
- Any educational, vocational or rehabilitational organization or program.
- Any consumer reporting agency, financial institution, accountant, or tax preparer.
- Any government agency (*for example, Social Security Administration, Public Retirement System, Railroad Retirement Board, etc.*).

TO GIVE THIS INFORMATION:

- Charts, notes, x-rays, operative reports, lab and medication records and all other medical information about the dependent child, including medical history, diagnosis, testing and test results. Prognosis and treatment of any physical or mental condition, including:
 - Any disorder of the immune system, including HIV, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or other related syndromes or complexes.
 - Any communicable disease or disorder.
 - Any psychiatric or psychological condition, including test results, but excluding psychotherapy notes. Psychotherapy notes do not include a summary of diagnosis, functional status, the treatment plan, symptoms, prognosis and progress to date.
 - Any condition, treatment, or therapy related to substance abuse, including alcohol and drugs.

and:

- Any non-medical information requested about the dependent child, including such things as education, employment history, earnings or finances, or eligibility for other benefits (*for example, Social Security Administration, Public Retirement System, Railroad Retirement Board, claims status, benefit amounts and effective dates, etc.*).

A STANDARD INSURANCE COMPANY (THE STANDARD).

- Reconozco que cualquier acuerdo que haya hecho para restringir la información de salud protegida del hijo dependiente no se aplica a esta autorización, e instruyo a las personas y organizaciones identificadas anteriormente a que divulguen y revelen todo el historial médico del hijo dependiente sin restricciones. Entiendo que The Standard utilizará la información para determinar el derecho de participación del hijo dependiente para recibir los beneficios del seguro.
- Entiendo y acepto que esta autorización permanecerá vigente por la duración de la continuación del Seguro de Vida para el Dependiente para un hijo dependiente con The Standard. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y el derecho de revocarla en cualquier momento enviando una declaración por escrito a The Standard, salvo en la medida en que esta autorización ya se haya utilizado para divulgar los registros solicitados. Una revocación de la autorización o el hecho de no firmarla, pueden limitar la capacidad de The Standard de evaluar o tramitar la solicitud, y podría ser la causa de que se rechace la solicitud.
- Entiendo que, mientras están llevando a cabo los procesos de su negocio, The Standard puede proporcionar a terceros alguna información acerca del hijo dependiente. The Standard puede divulgar esta información sobre el hijo dependiente a una reaseguradora, un administrador del plan o a cualquier persona que preste servicios comerciales o jurídicos a The Standard en relación con esta solicitud.
- Entiendo que The Standard cumple con las leyes y reglamentos estatales y federales promulgados para proteger la confidencialidad del hijo dependiente. También entiendo que la información divulgada a The Standard de conformidad con esta autorización puede tener que someterse a una nueva divulgación con mi autorización, o como permita o estipule la ley. (La cobertura del Seguro de Vida no está sujeta a las Normas de Privacidad de la Ley Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) y, por tanto, la divulgación de información a The Standard no está protegida por la Ley.)

TO STANDARD INSURANCE COMPANY (THE STANDARD).

- I acknowledge that any agreements I have made to restrict the dependent child's protected health information do not apply to this authorization and I instruct the persons and organizations identified above to release and disclose the dependent child's entire medical record without restriction. I understand that The Standard will use the information to determine the dependent child's eligibility or entitlement for insurance benefits.
- I understand and agree that this authorization shall remain in force throughout the duration of the Continued Dependent Life Insurance for a Dependent Child with The Standard. I understand that I have the right to refuse to sign this authorization and a right to revoke this authorization at any time by sending a written statement to The Standard, except to the extent it has been relied upon to disclose requested records. A revocation of the authorization, or the failure to sign the authorization, may impair The Standard's ability to evaluate or process the application and may be a basis for denying the application.
- I understand that in the course of conducting its business, The Standard may disclose to other parties information it has about the dependent child. The Standard may release this information about the dependent child to a reinsurer, a plan administrator, or any person performing business or legal services for The Standard in connection with this application.
- I understand that The Standard complies with state and federal laws and regulations enacted to protect the dependent child's privacy. I also understand that the information disclosed to The Standard pursuant to this authorization may be subject to redisclosure with my authorization or as otherwise permitted or required by law. (Life coverage is not subject to the Privacy Rules of the Health Insurance Portability and Accountability Act [HIPAA] and therefore the release of information to The Standard is not protected under the Act.)

Standard Insurance Company

Life Benefits Department
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

Autorización para obtener información (Authorization to Obtain Information)

- Declaro que he leído la autorización y las variaciones estatales (*si corresponde*) que se encuentran en la página 9. Una fotocopia o un fax de esta autorización son tan válidos como el original, y se me proporcionará una copia si la solicito.
- I acknowledge that I have read the authorization and the state variations (*if applicable*) on page 9. A photocopy or facsimile of this authorization is as valid as the original and will be provided to me upon request.

Nombre del padre/madre (*escriba con letra de molde*)
(Parent's Name (*please print*))

Relación, si no es el padre/madre
(Relationship, if other than parent)

Firma del padre/madre (Parent's Signature)

Fecha (Date)

Si la firma corresponde al representante legal (por ejemplo, un apoderado o un tutor), adjunte la documentación pertinente al estado legal.

Consulte la página 10 para ver las condiciones y la información adicional. Ambas páginas son parte de la autorización.

If signature is provided by legal representative (e.g., Attorney in Fact or guardian), please attach documentation of legal status.

This Authorization is a two-page document. Please see page 10 for additional terms and information. Both pages are part of the Authorization.

Algunos estados requieren que le proporcionemos la siguiente información a usted y a aquellas personas y entidades que divulguen su información:

PARA RESIDENTES DE MINNESOTA:

Esta autorización excluye la divulgación de información sobre pruebas de VHB (virus de la hepatitis B), VHC (virus de la hepatitis C) o VIH (virus de inmunodeficiencia humana) que se hayan administrado: (1) a un delincuente o víctima de un delito como resultado de un delito denunciado a la policía; (2) a un paciente que haya recibido los servicios del personal de servicios médicos de emergencia en un hospital o centro de atención médica; (3) al personal médico de emergencia que se haya sometido a pruebas como resultado de la prestación de servicios médicos de emergencia. El término "personal médico de emergencia" incluye a las personas empleadas para prestar servicios de emergencia prehospitales; los agentes de policía autorizados, los bomberos, los paramédicos, los técnicos médicos de emergencia, las enfermeras autorizadas, el personal de las brigadas de rescate u otras personas que sirven como voluntarios en un servicio de ambulancias que prestan servicios médicos de emergencia; el personal del laboratorio de criminalística, los guardias correccionales, incluyendo los guardias de seguridad del Minnesota Security Hospital que están expuestos significativamente a un recluso que es transportado a un centro de atención médica de emergencia; y otras personas que prestan atención o asistencia de emergencia en el lugar de una emergencia o mientras se transporta a una persona herida para recibir atención médica y que reunirían los requisitos para gozar de inmunidad en virtud de la Ley del Buen Samaritano.

Some states require us to provide the following information to you and to those persons and entities disclosing information about you:

FOR RESIDENTS OF MINNESOTA

This authorization excludes the release of information about HBV (Hepatitis B Virus), HCV (Hepatitis C Virus), or HIV (Human Immunodeficiency Virus) tests which were administered (1) to a criminal offender or crime victim as a result of a crime that was reported to the police; (2) to a patient who received the services of emergency medical services personnel at a hospital or medical care facility; (3) to emergency medical personnel who were tested as a result of performing emergency medical services. The term "emergency medical personnel" includes individuals employed to provide pre-hospital emergency services; licensed police officers, firefighters, paramedics, emergency medical technicians, licensed nurses, rescue squad personnel, or to other individuals who serve as volunteers of an ambulance service who provide emergency medical services; crime lab personnel, correctional guards, including security guards, at the Minnesota security hospital, who experience a significant exposure to an inmate who is transported to a facility for emergency medical care; and other persons who render emergency care or assistance at the scene of an emergency, or while an injured person is being transported to receive medical care and who would qualify for immunity under the good samaritan law.

PARA RESIDENTES DE NEW MEXICO

El estado de New Mexico nos exige que le proporcionemos la siguiente información de conformidad con su Ley de Protección del Seguro contra la Violencia Doméstica.

La autorización para obtener información adjunta le permite a Standard Insurance Company obtener información personal para definir si usted tiene derecho a recibir los beneficios del seguro. La información que proporcionen usted y otras fuentes puede contener información confidencial sobre abuso o violencia. "Información confidencial sobre abuso o violencia" hace referencia a información sobre actos de violencia doméstica o situación de violencia, a la dirección del trabajo o del domicilio o el número telefónico de una víctima de violencia doméstica, o a la situación de un solicitante o asegurado como familiar, empleador o socio de una víctima de violencia doméstica o de una persona con la cual se sabe que el solicitante o asegurado tiene una relación de asesoría directa, personal cercana, familiar o relacionada con violencia. Con respecto a la información confidencial sobre abuso o violencia, usted puede revocar esta autorización por escrito; la revocación entraría en vigencia diez días después de que The Standard la reciba, con el entendimiento de que el hacerlo puede ocasionar el rechazo de una reclamación o un efecto adverso en una resolución pendiente del seguro.

The Standard tiene prohibido por ley basarse en la situación de abuso para rechazar, negarse a emitir, renovar, reemitir, o cancelar, o de alguna otra manera finalizar una póliza, restringir o excluir la cobertura o los beneficios de una póliza, o para cobrar una prima más alta por una póliza.

Si lo solicita por escrito, usted tendrá derecho a revisar su información confidencial sobre abuso o violencia obtenida por The Standard. The Standard le enviará por correo una copia de la información relativa a usted en un plazo de 30 días hábiles después de recibir la solicitud. Después de revisar la información, usted puede solicitar que corriamos, enmendemos o anulemos cualquier dato confidencial sobre abuso o violencia que crea que es incorrecto. The Standard revisará con atención su solicitud y hará los cambios que se justifiquen. Si desea obtener mayor información sobre este derecho o sobre nuestras prácticas de información, escribanos para recibir una notificación detallada.

Si usted desea ser una persona protegida (una víctima de violencia doméstica que ha notificado a The Standard que es o ha sido víctima de violencia doméstica) y participar en el programa de confidencialidad de la información sobre su domicilio de The Standard, debe enviar su solicitud a la misma dirección que aparece con anterioridad.

FOR RESIDENTS OF NEW MEXICO

The state of New Mexico requires us to provide you with the following information pursuant to its Domestic Abuse Insurance Protection Act.

The accompanying Authorization to Obtain Information allows Standard Insurance Company to obtain personal information as it determines your eligibility for insurance benefits. The information obtained from you and from other sources may include confidential abuse information. "Confidential abuse information" means information about acts of domestic abuse or abuse status, the work or home address or telephone number of a victim of domestic abuse or the status of an applicant or insured as a family member, employer or associate of a victim of domestic abuse or a person with whom an applicant or insured is known to have a direct, close personal, family or abuse-related counseling relationship. With respect to confidential abuse information, you may revoke this authorization in writing, effective ten days after receipt by The Standard, understanding that doing so may result in a claim being denied or may adversely affect a pending insurance action.

The Standard is prohibited by law from using abuse status as a basis for denying, refusing to issue, renew or reissue or canceling or otherwise terminating a policy, restricting or excluding coverage or benefits of a policy or charging a higher premium for a policy.

Upon written request you have the right to review your confidential abuse information obtained by The Standard. Within 30 business days of receiving the request, The Standard will mail you a copy of the information pertaining to you. After you have reviewed the information, you may request that we correct, amend or delete any confidential abuse information which you believe is incorrect. The Standard will carefully review your request and make changes when justified. If you would like more information about this right or our information practices, a full notice can be obtained by writing to us.

If you wish to be a protected person (a victim of domestic abuse who has notified The Standard that you are or have been a victim of domestic abuse) and participate in The Standard's location information confidentiality program, your request should be sent to the same address above.

**Declaración del médico tratante sobre la
continuación del Seguro de Vida para el
Dependiente para un hijo incapacitado
(Continued Dependent Life Insurance for a
Disabled Child Attending Physician's Statement)**

Standard Insurance Company

Life Benefits Department
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

PARTE A. PARA SER LLENADO POR LOS PADRES (PART A. TO BE COMPLETED BY PARENT)

Nombre completo del hijo/paciente: (Child/Patient's Full Name)	Fecha de nacimiento: (Date of Birth)	N.º de Seguro Social: (Social Security No.)
Empleador del padre/titular de la póliza: (Parent's Employer/Policyowner)	N.º de póliza: (Policy No.)	
<p>A médicos, hospitales y otras instituciones: Por medio de este formulario (o de una fotocopia del mismo) los autorizo a entregarle a Standard Insurance Company, Portland, Oregon, cualquier información que tengan sobre el historial médico y el estado físico de mi hijo(a).</p> <p>To Physicians and Hospitals and Other Institutions: I hereby authorize you by this form (or by photographic copy hereof) to give Standard Insurance Company, Portland, Oregon, any information you have regarding my child's medical history and physical condition.</p>		
<p>Confirmación: por este medio, certifico que las respuestas que he proporcionado a las preguntas anteriores son completas y verdaderas a mi leal saber y entender. Reconozco que he leído el aviso de fraude que se encuentra en la página 14 de este formulario.</p> <p>Acknowledgement – I hereby certify that the answers I have made to the foregoing questions are both complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge that I have read the fraud notice on page 14 of this form.</p>		
<p>Nombre del padre/madre: _____ (Parent's Name)</p> <p>Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____ (Parent's Signature) (Date)</p>		

PART B. TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (PARTE B. DEBE LLENARLA EL MÉDICO)

1. INFORMATION (INFORMACIÓN)			
Diagnosis: (Diagnóstico)			
Symptoms: (Síntomas)			
Height of patient: (Estatura del paciente)	Weight of patient: (Peso del paciente)		
Objective findings (please forward laboratory data and results of special tests such as x-rays, EKGs, EEGs, etc.): (Hallazgos objetivos (envíe los datos de laboratorio y resultados de pruebas especiales como radiografías, electrocardiogramas, electroencefalogramas, etc.))			
2. HISTORY & TREATMENT (HISTORIAL Y TRATAMIENTOS)			
History (please provide a brief history and attach narrative report, physician's notes or operative reports if available): (Historial (proporcione un breve historial y adjunte un informe narrativo, notas del médico o informes operativos si están disponibles))			
When did symptoms first appear? (¿Cuándo aparecieron los primeros síntomas?)	Date patient first consulted you for this condition: (Fecha en la que el paciente le consultó por primera vez por esta afección)		
Dates of subsequent treatment (attach statement if convenient): (Fechas del tratamiento posterior (adjunte la declaración si lo cree apropiado))	Frequency of treatments: (Frecuencia de los tratamientos)		
Hospital confinement? Hospital name: (¿El paciente fue hospitalizado? Nombre del hospital)	Date Admitted: (Fecha de ingreso)	Date Discharged: (Fecha de alta)	
3. ASSESSMENT (EVALUACIÓN)			
Is the child named above incapable of self-sustaining employment by reason of mental retardation or physical handicap? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (¿El hijo especificado anteriormente no puede mantener un empleo autónomo debido a un retraso mental o discapacidad física?)			
Is the child chiefly dependent upon parent for support and maintenance, or institutionalized due to mental retardation or physical handicap? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (¿El hijo depende principalmente de los padres para el apoyo y manutención o estuvo internado debido a un retraso mental o discapacidad física?)			
Has such disability existed continuously before child attained age 19? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If no, what age? _____ (¿Ha existido dicha incapacidad de forma continuada antes de que el hijo cumpliera 19 años? Si la respuesta es no ¿a qué edad?)			

**Declaración del médico tratante sobre la
continuación del Seguro de Vida para el
Dependiente para un hijo incapacitado
(Continued Dependent Life Insurance for a
Disabled Child Attending Physician's Statement)**

Standard Insurance Company

Life Benefits Department
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

4. PROGNOSIS (PRONÓSTICO)				
Do you expect the child's condition to: <input type="checkbox"/> Improve (Mejore) <input type="checkbox"/> Regress (Empeore) <input type="checkbox"/> Remain the same (Permanezca igual) (Indique si usted espera que la condición del hijo)				
When do you anticipate change will occur: _____ (Cuándo considera que ocurrirá el cambio:)				
If improvement is expected, approximate date child is expected to become capable of self-sustaining employment: _____ (Si se espera que mejore, indique la fecha aproximada en la que espera que el hijo pueda mantener un empleo autónomo)				
5. OTHER PHYSICIANS (OTROS MÉDICOS)				
List other treating or referring physicians (Enumere a otros médicos que le den tratamiento o derivación):				
Name: (Nombre)		Address: (Dirección)		
City: (Ciudad)	State: (Estado)	Zip Code: (Código postal)	Phone No.: (N.º de teléfono) ()	
Name: (Nombre)		Address: (Dirección)		
City: (Ciudad)	State: (Estado)	Zip Code: (Código postal)	Phone No.: (N.º de teléfono) ()	
Name: (Nombre)		Address: (Dirección)		
City: (Ciudad)	State: (Estado)	Zip Code: (Código postal)	Phone No.: (N.º de teléfono) ()	
6. COMMENTS (COMENTARIOS)				
7. ACKNOWLEDGEMENT (DECLARACIÓN)				
Name of Physician: (Nombre del médico)		Specialty: (Especialidad)		Phone No.: (N.º de teléfono) ()
Address: (Dirección)		City: (Ciudad)	State: (Estado)	Zip Code: (Código postal)
				Fax No.: (N.º de fax) ()
Acknowledgement – I hereby certify that the answers I have made to the foregoing questions are both complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge that I have read the fraud notice on page 14 of this form.		Confirmación: por este medio, certifico que las respuestas que he proporcionado a las preguntas anteriores son completas y verdaderas a mi leal saber y entender. Reconozco que he leído el aviso de fraude que se encuentra en la página 14 de este formulario.		
Signature: _____ (Firma)		Date: _____ (Fecha)		

Avisos de fraude en el formulario de reclamación (Claim Form Fraud Notices)

Algunos estados requieren que le proporcionemos la siguiente información:

RESIDENTES DE ALABAMA, MARYLAND Y RHODE ISLAND

Cualquier persona que, a sabiendas y deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que, a sabiendas y deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

RESIDENTES DE CALIFORNIA

Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario: toda persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura del seguro o para presentar una reclamación por el pago de una pérdida, es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

RESIDENTES DE COLORADO

Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o al reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o al reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagadera de los beneficios del seguro será reportado a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA

ADVERTENCIA: es un delito el proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de cometer fraude a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada con la reclamación.

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 contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.

RESIDENTES DE NEW HAMPSHIRE

Toda persona que, con el propósito de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, está sujeta a un proceso judicial y sancionatorio por fraude de seguros, según lo estipulado en los Estatutos Revisados Anotados (Revised Statutes Annotated (RSA, por sus siglas en inglés)) 638:20.

RESIDENTES DE NEW JERSEY

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

Some states require us to provide the following information to you:

ALABAMA, MARYLAND AND RHODE ISLAND RESIDENTS

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.

CALIFORNIA RESIDENTS

For your protection California law requires the following to appear on this form: Any person who knowingly presents false or fraudulent information to obtain or amend insurance coverage or to make a claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

COLORADO RESIDENTS

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.

DISTRICT OF COLUMBIA RESIDENTS

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.

FLORIDA RESIDENTS

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.

NEW HAMPSHIRE RESIDENTS

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.

NEW JERSEY RESIDENTS

Any person who knowingly files a statement of claim containing any false or misleading information is subject to criminal and civil penalties.

Avisos de fraude en el formulario de reclamación (Claim Form Fraud Notices)

RESIDENTES DE NEW MEXICO

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficios, 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.

RESIDENTES DE NEW YORK

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 también estará sujeta a una multa civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción.

RESIDENTES DE PENNSYLVANIA

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros 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.

RESIDENTES DE TEXAS

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida, es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

Algunos estados nos exigen que le informemos que cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa sobre cualquier hecho material del presente documento, está cometiendo un acto fraudulento de seguros, lo que está sujeto a sanciones civiles y/o penales, dependiendo del estado. Tales acciones pueden ser consideradas un delito grave y se pueden imponer multas sustanciales.

NEW MEXICO RESIDENTS

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.

NEW YORK RESIDENTS

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 shall also be subject to civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.

PENNSYLVANIA RESIDENTS

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.

TEXAS RESIDENTS

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.

ALL OTHER RESIDENTS

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.

**Declaración del empleador sobre la
continuación del Seguro de Vida para el
Dependiente para un hijo incapacitado
(Continued Dependent Life Insurance
for a Disabled Child
Employer Statement)**

Standard Insurance Company

Life Benefits Department
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

*Escriba a máquina o con letra de molde y responda todas las preguntas. Si deja preguntas sin contestar, el formulario le será devuelto.
(Please type or print, and complete all questions. Form may be returned for completion of unanswered questions.)*

PARA QUE LO LLENE EL EMPLEADOR (TO BE COMPLETED BY EMPLOYER)

Empleado/miembro: (Employee/Member)			
Dirección: (Address)	Ciudad: (City)	Estado: (State)	Código postal: (Zip Code)
Fecha de nacimiento: (Birthdate)	N.º de Seguro Social: (Social Security No.)	N.º de teléfono: (Phone No.) ()	
Nombre del hijo incapacitado: (Name of Disabled Child)		Fecha de nacimiento del hijo: (Child's Date of Birth)	
Género del hijo: (Child's Gender) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X (M) (F) (X)		N.º de Seguro Social del hijo: (Child's Social Security No.)	
Fecha de contratación del miembro (padres/madre): _____ (Hire Date of Member (Parent))			
<i>(envíenos una copia del formulario de inscripción del miembro (padre/madre) físicamente o por fax junto con este formulario) ((please send or fax us a copy of the Member's (Parent's) enrollment form with this form))</i>			
Fecha de entrada en vigencia del seguro del miembro (padre/madre): _____ (Effective date of Member's (Parent's) insurance)		Fecha de entrada en vigencia de la cobertura del seguro para el hijo dependiente: _____ (Effective date of Dependent Child Insurance Coverage)	
Cantidad de la cobertura del Seguro de Vida para el hijo dependiente: _____ (Amount of Dependent Child's Life coverage)			
N.º de clasificación de la póliza del miembro: _____ (Member's Policy Class No.)			
¿Se han seguido pagando las primas para este Seguro de Vida para el hijo dependiente desde la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del Seguro de Vida para el hijo dependiente? (Have premiums continued to be paid for this Dependent Child Life Insurance since the effective date of Dependent Child Life Insurance coverage?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

**REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR QUE LLENA ESTE FORMULARIO (escriba a máquina o con letra de molde)
(EMPLOYER REPRESENTATIVE COMPLETING THIS FORM (Please Print or Type))**

Empleador: (Employer)		Representante: (Representative)	
Dirección: (Address)	Ciudad: (City)	Estado: (State)	Código postal: (Zip Code)
N.º de póliza: (Policy No.)	N.º de teléfono: (Phone No.) ()	N.º de fax: (Fax No.) ()	
Confirmación: por este medio, certifico que las respuestas que he proporcionado a las preguntas anteriores son completas y verdaderas a mi leal saber y entender. Reconozco que he leído el aviso de fraude que se encuentra en la página 18 de este formulario.		Acknowledgement – I hereby certify that the answers I have made to the foregoing questions are both complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge that I have read the fraud notice on page 18 of this form.	
Firma: _____ (Signature)	Título: _____ (Title)	Fecha: _____ (Date)	

**Declaración del empleador sobre la
continuación del Seguro de Vida para el
Dependiente para un hijo incapacitado
(Continued Dependent Life Insurance
for a Disabled Child
Employer Statement)**

Standard Insurance Company

Life Benefits Department
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

AVISO IMPORTANTE (IMPORTANT NOTICE)

Documentos adjuntos (Attachments)

Por favor, adjunte lo siguiente. (Please attach the following.)

- a. **Tarjeta de inscripción** original y todas las elecciones o los cambios de cobertura posteriores
(**Original** Enrollment card and all subsequent coverage selections or changes)
- b. Cualquier documentación médica que tenga en el expediente del hijo incapacitado.
(Any medical documentation you have on file for the Disabled Child.)

Avisos de fraude en el formulario de reclamación (Claim Form Fraud Notices)

Algunos estados requieren que le proporcionemos la siguiente información:

RESIDENTES DE ALABAMA, MARYLAND Y RHODE ISLAND

Cualquier persona que, a sabiendas y deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que, a sabiendas y deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

RESIDENTES DE CALIFORNIA

Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario: toda persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura del seguro o para presentar una reclamación por el pago de una pérdida, es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

RESIDENTES DE COLORADO

Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o al reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o al reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagadera de los beneficios del seguro será reportado a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA

ADVERTENCIA: es un delito el proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de cometer fraude a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada con la reclamación.

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 contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.

RESIDENTES DE NEW HAMPSHIRE

Toda persona que, con el propósito de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, está sujeta a un proceso judicial y sancionatorio por fraude de seguros, según lo estipulado en los Estatutos Revisados Anotados (Revised Statutes Annotated (RSA, por sus siglas en inglés)) 638:20.

RESIDENTES DE NEW JERSEY

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

Some states require us to provide the following information to you:

ALABAMA, MARYLAND AND RHODE ISLAND RESIDENTS

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.

CALIFORNIA RESIDENTS

For your protection California law requires the following to appear on this form: Any person who knowingly presents false or fraudulent information to obtain or amend insurance coverage or to make a claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

COLORADO RESIDENTS

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.

DISTRICT OF COLUMBIA RESIDENTS

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.

FLORIDA RESIDENTS

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.

NEW HAMPSHIRE RESIDENTS

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.

NEW JERSEY RESIDENTS

Any person who knowingly files a statement of claim containing any false or misleading information is subject to criminal and civil penalties.

Avisos de fraude en el formulario de reclamación (Claim Form Fraud Notices)

RESIDENTES DE NEW MEXICO

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficios, 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.

RESIDENTES DE NEW YORK

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 también estará sujeta a una multa civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción.

RESIDENTES DE PENNSYLVANIA

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros 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.

RESIDENTES DE TEXAS

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida, es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

Algunos estados nos exigen que le informemos que cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa sobre cualquier hecho material del presente documento, está cometiendo un acto fraudulento de seguros, lo que está sujeto a sanciones civiles y/o penales, dependiendo del estado. Tales acciones pueden ser consideradas un delito grave y se pueden imponer multas sustanciales.

NEW MEXICO RESIDENTS

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.

NEW YORK RESIDENTS

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 shall also be subject to civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.

PENNSYLVANIA RESIDENTS

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.

TEXAS RESIDENTS

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.

ALL OTHER RESIDENTS

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.