

**CITY OF LOS ANGELES
FORMULARIO DE PORTABILIDAD DEL SEGURO
VOLUNTARIO INDIVIDUAL POR AD&D
(CITY OF LOS ANGELES
STANDALONE VOLUNTARY AD&D PORTABILITY FORM)**

INSTRUCCIONES - POR FAVOR, LEA CUIDADOSAMENTE

Portabilidad del seguro

Si su empleo finaliza, usted puede continuar con su Seguro Voluntario Individual por AD&D (Accidental Death and Dismemberment (AD&D, por sus siglas en inglés)) y con otros Seguros con derecho a portabilidad hasta por 24 meses, según se indica en la sección de las Características de la cobertura de su certificado. Esto está sujeto a lo siguiente:

1. La cantidad de cualquier Seguro que será continuado debe haber estado en vigencia continuamente durante al menos los últimos 12 meses antes de la fecha en la que su empleo finalice.
2. En la fecha en la que finalice su empleo, usted debe ser capaz de realizar con una continuidad razonable las tareas físicas de al menos una profesión remunerada para la cual esté razonablemente capacitado según su educación, formación y experiencia.
3. La finalización de su empleo no debe deberse a su jubilación.
4. Si usted no continúa con su Seguro Voluntario Individual por AD&D, no puede continuar con su Seguro Voluntario Individual por AD&D para Dependientes.

Las cantidades mínimas y máximas del Seguro con derecho a la portabilidad del Seguro Voluntario Individual por AD&D se muestran en la sección de Características de la cobertura de su Certificado. Las cantidades del Seguro que usted continúe no pueden aumentarse. Las cantidades del Seguro serán reducidas o canceladas de acuerdo con los términos de la Póliza colectiva que esté vigente en la fecha en la que su empleo cese.

La cantidad máxima del Seguro Voluntario Individual por AD&D que puede ser continuada es la menor de: (1) la cantidad vigente en la fecha en la que su empleo cese; o (2) \$300,000. La cantidad mínima del Seguro Voluntario Individual por AD&D que puede continuar es de \$25,000.

La cantidad máxima del Seguro por AD&D para Dependientes que puede ser continuada es la menor de: (1) la cantidad vigente en la fecha en la que su empleo cese; o (2) \$10,000. La cantidad mínima del Seguro por AD&D para Dependientes que puede continuar es de \$1,000.

INSTRUCTIONS - PLEASE READ CAREFULLY

Portability Of Insurance

You may continue your Standalone Voluntary AD&D Insurance and other insurance eligible for portability as shown in the Coverage Features section of your Certificate for up to 24 months if your employment with the Employer terminates, subject to the following:

1. The amount of any Insurance to be continued must have been continuously in effect 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. Termination of your employment is not due to your retirement.
4. If you do not continue your Standalone Voluntary AD&D Insurance, you may not continue your Standalone Voluntary Dependent AD&D Insurance.

The minimum and maximum amounts of Insurance eligible for Standalone Voluntary AD&D Portability Of Insurance are shown in the Coverage Features section of your Certificate. The amounts of Insurance you continue cannot be increased. Insurance amounts will be reduced or terminated according to the terms of the Group Policy in effect on the date your employment terminates.

The maximum amount of Standalone Voluntary AD&D Insurance you may continue is the lesser of: (1) the amount in effect on the date your employment terminates; or (2) \$300,000. The minimum amount of Standalone Voluntary AD&D Insurance you may continue is \$25,000.

The maximum amount of Dependents AD&D Insurance you may continue is the lesser of: (1) the amount in effect on the date your employment terminates; or (2) \$10,000. The minimum amount of Dependents AD&D Insurance you may continue is \$1,000.

**CITY OF LOS ANGELES
FORMULARIO DE PORTABILIDAD DEL SEGURO
VOLUNTARIO INDIVIDUAL POR AD&D
(CITY OF LOS ANGELES
STANDALONE VOLUNTARY AD&D PORTABILITY FORM)**

Cómo solicitarlo

Debe solicitarlo por escrito y pagar la primera prima dentro de los 60 días posteriores a la fecha en la que finalice su empleo. Este paquete tiene dos formularios: uno para usted y uno para el titular de la póliza o el empleador. Todas las preguntas en estos formularios deben ser contestadas. Si tiene preguntas, por favor, comuníquese con nuestra oficina al número de teléfono que se aparece anteriormente. Es su responsabilidad el asegurarse de que todos los formularios necesarios se llenen y se envíen a nuestra oficina. Los tramites comenzarán cuando recibamos ambos formularios.

Las tarifas de las primas se muestran en la sección de Características de la cobertura de su Certificado, y están sujetas a aumentos conforme envejezca. Las tarifas de las primas pueden ser cambiadas por Standard con aviso previo por escrito. Si se aprueba, se le facturará trimestralmente (cada tres meses) a su dirección de domicilio. La prima debe recibirse antes de la fecha límite. Los cheques deben hacerse a nombre de Standard Insurance Company.

Guardé su Certificado. Este es su certificado de cobertura de su póliza continuada bajo la Cláusula de portabilidad del seguro. Tenga en cuenta que la continuación de su seguro bajo la Cláusula de portabilidad del seguro se cancela automáticamente en la primera de las siguientes:

1. La fecha en la que normalmente se cancelaría bajo la Póliza colectiva.
2. Al finalizar el periodo de 24 meses durante el cual su Seguro y el Seguro de sus Dependientes, si lo hubiera, podría ser continuado bajo la Cláusula de portabilidad del seguro.
3. La fecha en la que quede asegurado bajo cualquier otro plan de Seguro Colectivo por Muerte Accidental y Desmembramiento.
4. Para sus dependientes, la fecha en la que asegure a su dependiente bajo cualquier otro plan de Seguro Colectivo por Muerte Accidental y Desmembramiento.

Designación del beneficiario

Por favor, proporcione el formulario de designación del beneficiario que está en los registros del titular de la póliza/ el empleador. Si no nos puede proporcionar el formulario o, si desea cambiar la designación del beneficiario, llene la parte de Beneficiario que se encuentra en la página 4. Si no recibimos este formulario, y si no llena la parte de Beneficiario que se encuentra en la página 4, no tendrá a un beneficiario designado. En ese caso, el pago de cualquier beneficio se hará en conformidad con las Cláusulas del beneficiario de la Póliza colectiva.

How To Apply

You must apply in writing and pay the first premium to us within 60 days after the date your employment terminates. This packet has two forms: one for you and one for the Policyholder/Employer. All questions on these forms must be completed. If you have questions, please contact our office at the phone number shown above. You are responsible for making sure all required forms are completed and returned to our office. Processing will begin when both completed forms are received by us.

Premium rates are shown in the Coverage Features section of your Certificate, and are subject to increase with advancing age. Premium rates may be changed by Standard with advance written notice. If approved, you will be billed quarterly (every three months), at your home address. Premium must be received by the due date. Checks are to be payable to Standard Insurance Company.

Keep your Certificate. It is your certificate of coverage for your continued insurance under the Portability Of Insurance provision. Please note that Insurance continued under the Portability Of Insurance provision ends automatically on the earliest of:

1. The date it would otherwise end under the Group Policy.
2. The end of the 24 month period during which your Insurance and Insurance on your Dependents, if any, may be continued under the Portability Of Insurance provision.
3. The date you become insured under any other group Accidental Death and Dismemberment Insurance plan.
4. For any Dependent, the date you insure the Dependent under any other group Accidental Death and Dismemberment Insurance plan.

Beneficiary Designation

Please provide us with the beneficiary designation form on file with the Policyholder/Employer. If you cannot provide that form, or if you wish to change your beneficiary designation, please complete the Beneficiary section on Page 4. If we do not receive the form and if you do not complete the Beneficiary section on Page 4, you will not have a designated beneficiary. In that event, payment of any benefit will be made in accordance with the Beneficiary Provisions of the Group Policy.

CITY OF LOS ANGELES
FORMULARIO DE PORTABILIDAD DEL SEGURO
VOLUNTARIO INDIVIDUAL POR AD&D
(CITY OF LOS ANGELES
STANDALONE VOLUNTARY AD&D PORTABILITY FORM)

Por favor, escriba a máquina o con letra de molde. Llene todo el formulario. (Please type or print. Complete entire form.)

IDENTIFICACIÓN (IDENTIFICATION)

Nombre: _____
(Name) (apellido) ((last)) (nombre) ((first)) (segundo nombre) ((middle))

Dirección: _____
(Address) (dirección de domicilio) ((street address))

_____ (ciudad) ((city)) (estado) ((state)) (código postal) ((zip code))

Número del Seguro Social: _____ Número de teléfono: () _____
(Social Security Number) (Telephone No.)

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F
(Birthdate) (mes) ((mo)) (día) ((day)) (año) ((year)) (Sex)

PÓLIZA COLECTIVA (GROUP POLICY)

Nombre del titular de la póliza: City of Los Angeles
(Name of Policyholder)

Departamento de la Ciudad: _____
(City Department)

N.º de Póliza colectiva: 630363
(Group Policy No.)

Su profesión con el titular de la póliza/empleador: _____
(Your occupation with the Policyholder/Employer)

★ Fecha del último día en el que trabajó para el titular de la póliza/empleador: _____
(Date you last worked for the Policyholder/Employer)

★ Fecha en la que su empleo cesó (si es distinta): _____
(Employment termination date (if different))

Si la fecha del último día en el que trabajó para el empleador y la fecha en la que su empleo cesó son diferentes, por favor, explique.
(If date you last worked and employment termination date differ, please explain): _____

DERECHO DE PARTICIPACIÓN (ELIGIBILITY)

*Si tiene alguna pregunta sobre el derecho de participación, comuníquese con Beneficios para el empleado.
(Contact Employee Benefits for questions about eligibility.)*

Fecha en la que quedó asegurado bajo la Póliza colectiva: _____
(Date you became insured under the Group Policy)

¿La cantidad del Seguro Voluntario Individual por AD&D que desea continuar ha estado en efecto de forma continua durante al menos 12 meses? (Has the amount of Standalone Voluntary AD&D Insurance you wish to continue been continuously in effect for at least 12 consecutive months?)

Empleado Sí No Cónyuge Sí No Hijo(s) Sí No
(Employee) (Spouse) (Children)

¿Su empleo terminó por razones médicas? Sí No
(Is your employment terminating due to medical reasons?)

¿Es capaz de desempeñar con una continuidad razonable las tareas físicas de al menos una profesión remunerada?
(Are you able to perform with reasonable continuity the material duties of at least one gainful occupation?)
 Sí No

¿Su empleo terminó debido a la jubilación? Sí No
(Is your employment terminating because of retirement?)

Actualmente, ¿está buscando empleo? Sí No
(Are you planning to pursue other employment?)

Por favor, llene el reverso de este formulario (Please complete reverse side) (continuación) ((continued))

**CANTIDAD
(AMOUNT)**

Únicamente puede continuar con las cantidades del Seguro que hayan estado continuamente en vigencia durante al menos 12 meses en la fecha en la que su empleo termine. Si usted no continúa con su Seguro Voluntario Individual por AD&D, no puede continuar con ningún otro Seguro al que tenga derecho de portabilidad bajo la Póliza colectiva. La cantidad máxima del Seguro Voluntario Individual por AD&D que puede ser continuada es la menor de: (1) la cantidad vigente en la fecha en la que su empleo cese; o (2) \$300,000. La cantidad mínima del Seguro Voluntario Individual por AD&D que puede continuar es de \$25,000. La cantidad máxima del Seguro por AD&D para Dependientes que puede ser continuada es la menor de: (1) la cantidad vigente en la fecha en la que su empleo cese; o (2) \$10,000. La cantidad mínima del Seguro por AD&D para Dependientes que puede continuar es de \$1,000.

You may only continue amounts of Insurance that have been continuously in effect for at least 12 consecutive months on the date your employment terminates. If you do not continue your Standalone Voluntary AD&D Insurance, you may not continue any other insurance that may be eligible for portability under the Group Policy. The maximum amount of Standalone Voluntary AD&D Insurance you may continue is the lesser of: (1) the amount in effect on the date your employment terminates; or (2) \$300,000. The minimum amount of Standalone Voluntary AD&D Insurance you may continue is \$25,000. The maximum amount of Dependents AD&D Insurance you may continue is the lesser of: (1) the amount in effect on the date your employment terminates; or (2) \$10,000. The minimum amount of Dependents AD&D Insurance you may continue is \$1,000.

**SEGURO POR AD&D
(AD&D INSURANCE)**

Empleado: \$ _____
(Employee)

Cónyuge/Hijo: \$ _____
(Spouse/Child)

Cónyuge: \$ _____
(Spouse)

Cada hijo: \$ _____
(Each Child)

Facturación: Si se aprueba, se le facturará anualmente a su dirección de domicilio. La prima debe recibirse antes de la fecha límite.

Billing: If approved, you will be billed annually at your home address. Premium must be received by the due date.

**BENEFICIARIO
(BENEFICIARY)**

Esta designación del beneficiario: (1) revoca toda designación previa, y (2) aplica a toda la cobertura del Seguro Voluntario Individual por AD&D de su seguro de vida que continúe bajo la Cláusula de portabilidad del seguro. Se debe llenar una designación por separado para el Seguro de Vida Complementario, si lo hubiera. El Seguro de su Cónyuge y otros Dependientes, si lo hubiera, se le paga a usted, si está vivo, o según se indique en los términos de la Póliza colectiva.

This beneficiary designation: (1) revokes all prior designations, and (2) applies to all Standalone Voluntary AD&D insurance coverage on your life that you continue under the Portability of Insurance provision. A separate designation must be completed for Supplemental Life Insurance, if any. Insurance on your Spouse or other Dependents, if any, is payable to you, if living, or as provided under the terms of the Group Policy.

Los beneficios son pagaderos a un beneficiario secundario solo si uno o más de los beneficiarios primarios no le sobreviven. A menos que se especifique lo contrario: (1) los beneficios del seguro serán divididos en cantidades iguales entre los beneficiarios de la misma clase (primario o secundario), y (2) si un beneficiario fallece antes que usted, la parte del beneficiario será dividida en cantidades iguales entre los beneficiarios sobrevivientes de la misma clase. Si no le sobrevive ningún beneficiario (primario o secundario), el pago se hará según lo estipulado en la Póliza colectiva.

Insurance benefits are only payable to a contingent beneficiary if you are not survived by one or more primary beneficiary(ies). Unless specified otherwise: (1) the insurance benefits will be divided equally between beneficiaries in the same class (primary or contingent), and (2) if a beneficiary predeceases you, the beneficiary's share will be divided equally among surviving beneficiaries of the same class. If no beneficiary (primary or contingent) survives you, payment will be made as provided in the Group Policy.

PRIMARIO Nombre completo (PRIMARY Full Name)	Dirección (Address)	Número del Seguro Social (Social Security #)	Fecha de nacimiento (Date of Birth)	Parentesco (Relationship)
SECUNDARIO Nombre completo (CONTINGENT Full Name)	Dirección (Address)	Número del Seguro Social (Social Security #)	Fecha de nacimiento (Date of Birth)	Parentesco (Relationship)

Por favor, llene el reverso de este formulario (Please complete reverse side) (continuación) ((continued))

Por medio de la presente, solicito continuar con mi Seguro disponible bajo las estipulaciones de la Póliza colectiva.

Acepto que ninguna cobertura entrará en vigencia hasta que sea aprobada por escrito por Standard Insurance Company. Entiendo que, si mi solicitud no es aceptada, cualquier prima anticipada me será reembolsada.

Entiendo que, si no entrego el formulario de designación del beneficiario del registro del titular de la póliza o empleador, o si no designo a un beneficiario en la sección de Beneficiario descrita anteriormente, los pagos de los beneficios serán hechos de acuerdo con las cláusulas de beneficiario de la Póliza colectiva.

Por medio de la presente, confirmo que todas las declaraciones aquí escritas son verdaderas a mi real saber y entender, y que cumplo con todos los requisitos de derecho de participación para continuar con el seguro bajo la Cláusula de portabilidad del seguro de la Póliza colectiva. He leído y entiendo la información aquí presente.

AVISOS DE FRAUDE

PARA RESIDENTES DE ARKANSAS, DISTRITO DE COLUMBIA, KENTUCKY, LOUISIANA, MAINE, NEW MEXICO, OHIO, OKLAHOMA, TENNESSEE Y WASHINGTON: 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, que está sujeto a sanciones civiles y/o penales, dependiendo del estado. Tales acciones pueden ser consideradas como un delito grave, y se pueden imponer multas sustanciales.

PARA RESIDENTES DE COLORADO: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o hechos 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 hechos 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 ingresos del seguro será reportado a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias reguladoras.

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

PARA RESIDENTES DE 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.

I hereby apply to continue Insurance available under the terms of the Group Policy.

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.

I understand that if I do not provide the beneficiary designation form on file with the Policyholder/Employer, or if I do not designate a beneficiary in the Beneficiary section above, payment of any benefit will be made in accordance with the Beneficiary Provisions of the Group Policy.

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 for continued insurance under the Group Policy's Portability Of Insurance provision. I have read and understand the information herein.

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

Por favor, llene el reverso de este formulario (Please complete reverse side) (continuación) ((continued))

**ACUERDO
(AGREEMENT)**

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 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: _____
(Dated)