

Standard Insurance Company

800.378.4668 800.331.3397 Fax
900 SW Fifth Avenue Portland, OR 97204

City of Los Angeles Solicitud del Seguro de Vida Colectivo Portátil (City of Los Angeles Group Life Portability Insurance Application)

INSTRUCCIONES – POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE

Portabilidad del seguro

Si el trabajo con su empleador termina, usted podría tener derecho a comprar la cobertura portátil del Seguro de Vida Colectivo.

Para tener derecho de participación, usted debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Debe haber estado asegurado continuamente bajo el plan de Seguro de Vida Colectivo de su empleador durante al menos 12 meses en la fecha en la que finalice su empleo.
2. 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 en la fecha en que finalice su empleo.
3. Debe tener menos de 80 años en la fecha en la que cese su empleo.
4. Si no adquiere un Seguro de Vida para usted, no puede adquirir ninguna otra cobertura del seguro.

Las cantidades mínimas y máximas de seguro con derecho de participación para la Portabilidad del seguro se muestran en el plan de Seguro de Vida Colectivo de su empleador. Las cantidades de seguro que usted compra bajo la cláusula de portabilidad del seguro no pueden aumentarse.

AVISO: Consulte la Disposición sobre el derecho de conversión en el plan del Seguro de Vida Colectivo de su empleador para obtener información sobre su derecho de participación para cambiarse a una póliza del Seguro de Vida Individual. Las cantidades combinadas del seguro que usted compre bajo la Cláusula de portabilidad del seguro y el seguro que usted convierta no pueden exceder la cantidad por la cual usted o sus dependientes estaban asegurados el día anterior a la fecha en la que finalizó su empleo. También puede que quiera consultar con un agente de seguros independiente para discutir otras alternativas.

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 contiene dos formularios: uno para usted y otro para su empleador. **Es su responsabilidad asegurarse de que todos los formularios necesarios se llenen y se envíen a nuestra oficina.** El procesamiento comenzará cuando recibamos los dos formularios llenos y todos los formularios de inscripción correspondientes. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra oficina al número de teléfono que se muestra anteriormente.

INSTRUCTIONS – PLEASE READ CAREFULLY

Portability Of Insurance

You may be eligible to buy portable Group Life Insurance if your employment with your employer terminates.

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 80 on the date your employment terminates.
4. If you do not buy Life Insurance for yourself, you may not purchase any other insurance coverages.

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

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

How to Apply

You must apply in writing and pay the first premium to us within 60 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.

Standard Insurance Company

800.378.4668 800.331.3397 Fax
900 SW Fifth Avenue Portland, OR 97204

City of Los Angeles Solicitud del Seguro de Vida Colectivo Portátil (City of Los Angeles Group Life Portability Insurance Application)

Las tarifas de las primas se muestran en la página 3 de este formulario, y están sujetas a aumentos conforme envejezca. Las tarifas de las primas pueden ser cambiadas por Standard Insurance Company (The Standard) con aviso previo por escrito. A los solicitantes aprobados se les facturará trimestralmente (cada tres meses). Los cheques deben hacerse a nombre de The Standard. La prima debe recibirse antes de la fecha límite.

Si se aprueba su solicitud, usted recibirá un certificado del Seguro de Vida Colectivo Portátil que le proporcionará una descripción detallada de la cobertura. El certificado del Seguro de Vida Colectivo Portátil contendrá disposiciones que serán diferentes a las del plan de Seguro de Vida Colectivo de su empleador.

Por favor, tenga en cuenta:

Las cantidades aprobadas se reducirán o cancelarán de acuerdo con los términos de la Póliza del Seguro de Vida Colectivo Portátil.

El Seguro de Vida Colectivo Portátil finaliza automáticamente cuando ocurra lo primero de lo siguiente:

1. La fecha en la que normalmente se cancelaría bajo la póliza del Seguro de Vida Colectivo Portátil.
2. La fecha en que finalice el último periodo por el que hayamos recibido el pago solicitado.
3. La fecha en que finalice la póliza del Seguro de Vida Colectivo Portátil.
4. La fecha en la que se convierta en miembro de tiempo completo de las fuerzas armadas de cualquier país.
5. Para cualquier seguro para cónyuge, la fecha del divorcio o separación legal.
6. Para cualquier Seguro para Dependientes:
 - a. La fecha en la que finalice su Seguro de Vida.
 - b. La fecha en la que el Dependiente deje de ser un Dependiente.
7. Su cheque será depositado en una cuenta de recibos condicionales mientras su solicitud está pendiente. Esto no constituye la aprobación de su solicitud ni la exoneración a los requisitos de derecho de participación de la póliza. Si determinamos que usted no tiene derecho de participación en la cobertura, se le devolverán todos los fondos.

Designación de los beneficiarios

Las designaciones de beneficiarios que usted hizo bajo el plan de Seguro de Vida Colectivo de su empleador no se aplicarán al Seguro de Vida Colectivo Portátil. Si desea designar un beneficiario para el Seguro de Vida Colectivo Portátil, por favor, llene la sección Beneficiario en la Página 5. Si usted no designa un beneficiario, el pago de cualquier beneficio se hará de acuerdo con el pago de beneficios y las disposiciones de beneficiarios de la póliza del Seguro de Vida Colectivo Portátil.

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

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

Please note:

Approved amounts will be reduced or terminated according to the terms of the Group Life Portability Insurance Policy.

Group Life Portability Insurance ends automatically on the earliest of:

1. The date it would otherwise end under the Group Life Portability Insurance Policy.
2. The date the last period ends for which we received the required payment.
3. The date the Group Life Portability Insurance Policy terminates.
4. The date you become a full-time member of the armed forces of any country.
5. For any Spouse Insurance, the date of your divorce or legal separation.
6. For any Dependents Insurance:
 - a. The date your portable Life Insurance ends.
 - b. The date the Dependent ceases to be a Dependent.
7. 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

800.378.4668 800.331.3397 Fax
 900 SW Fifth Avenue Portland, OR 97204

City of Los Angeles
 Hoja de cálculo de primas
 (City of Los Angeles
 Premium Computation Worksheet)

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

**Tarifas de primas mensuales para miembros y cónyuge por cada \$1,000 de Seguro
 (Monthly Premium Rates for Member & Spouse per \$1,000 of Insurance)**

<u>Edad</u> (a partir del último cumpleaños) (Age (on last birthday))	<u>Tarifa de no fumador</u> (Non-Tobacco Rate)	<u>Tarifa de fumador</u> (Tobacco Rate)		
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. Tarifa mensual por edad de la tabla de arriba (Monthly Rate for age from above table)				\$0.16 por \$1,000 (\$0.16 per \$1,000)
3. Cantidad del 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 de la línea 5 para obtener la cantidad de la prima mensual \$ (Add all amounts in Line 5 to arrive at Monthly Premium Amount)				

TOTAL DE LA PRIMA A PAGAR (TOTAL PREMIUM DUE)

Sume la Línea 6 a la Línea c de arriba (si corresponde) \$ (Add Line 6 to Line c above (if applicable))
Multiplíquela por 3 para obtener el TOTAL TRIMESTRAL DE LA PRIMA A PAGAR \$ (Multiply by 3 to arrive at TOTAL QUARTERLY PREMIUM DUE)

Por favor, escriba a máquina o con letra de molde. **LLENE TODO EL FORMULARIO.**

(Please type or print. **COMPLETE ENTIRE FORM.**)

1. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO (MEMBER INFORMATION)

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

2. INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES (si corresponde) (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. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (EMPLOYER INFORMATION)

Nombre del grupo (Name of group) City of Los Angeles	N.º del grupo (Group Number) 630363
Departamento de la Ciudad (City Department)	
Contacto de recursos humanos del empleador: (Employer HR Contact:) City of Los Angeles Employee Benefits, Personnel Department, 200 N. Spring St, Room 867, Los Angeles, CA 90012	
Su profesión con el empleador (Your occupation with the employer)	
Fecha del día en el que trabajó por última vez para el empleador (Date you last worked for the employer)	Fecha de finalización del empleo (si es diferente) (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)	

4. 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 cobertura de su empleador según la Póliza colectiva (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?)
¿Su empleo terminó debido a motivos médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Is your employment terminating due to medical reasons?)
¿Es capaz de desempeñar con una continuidad razonable las tareas materiales de al menos una profesión remunerada para la cual esté razonablemente capacitado según su educación, formación 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?)
¿Tenía menos de 80 años en la fecha en la que su empleo terminó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Are you under the age of 80 on the date your employment terminates?)
¿Usted o su cónyuge han fumado tabaco en cualquiera de sus formas 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 Cónyuge: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Member) (Spouse)

(continúa) ((continued))

5. CANTIDAD DE COBERTURA DEL SEGURO SOLICITADA (AMOUNT OF INSURANCE COVERAGE REQUESTED)

SEGURO DE VIDA y, si corresponde, SEGURO DE VIDA PARA DEPENDIENTES (GROUP LIFE and, if applicable, DEPENDENTS LIFE INSURANCE)		SEGURO POR AD&D (si corresponde) (AD&D INSURANCE (if applicable))
Miembro (Member)	\$	\$
Cónyuge (Spouse)	\$	\$
Hijos (Children)	\$	\$

Facturación: Si se aprueba, se le facturará trimestralmente (cada tres meses) a la dirección de su domicilio. La prima debe recibirse antes de la fecha límite.
(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)

Contingente (Contingent)

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)

Por medio de la presente, solicito el Seguro de Vida Colectivo Portátil.

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 designo un beneficiario en la sección Beneficiario de la página anterior, el pago de cualquier beneficio se hará de acuerdo con las disposiciones de pago de beneficios y beneficiarios de la Póliza de Seguro de Vida Colectivo Portátil.

Por este medio, 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. He leído y entiendo la información aquí presente, incluyendo el aviso de fraude correspondiente que aparece más abajo.

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 de 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.

I hereby apply for Group Life Portability Insurance.

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 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.

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.

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.

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.

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 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)