



TheStandard®

Standard Insurance Company
Life Benefits Department
PO Box 2800 Portland OR 97208 Tel. 800-628-8600

**Beneficios del Seguro de Vida
Instrucciones de solicitud
(Life Insurance Benefits
Application Instructions)**

Favor De Leer Con Atención

La solicitud de beneficios de seguro de vida consta de los formularios contenidos en este paquete junto con la información que se indica en seguida, en el inciso 1. Por favor llene todos los espacios del formulario de Prueba de defunción para evitar retrasos cuando revisemos su solicitud de beneficios. Si una sección no es pertinente o si la información no está disponible, escriba "NINGUNO/A" en ese espacio, para indicarnos que usted no pasó por alto esa determinada pregunta. **Si recibimos un formulario incompleto, es posible que se lo devolvamos para que lo termine de llenar.**

1. Incluya los siguientes documentos junto con el formulario de Prueba de defunción.

- Designación de beneficiarios.
(Consulte los anexos. Si hay más de un beneficiario, por favor haga copias del anverso y el reverso del formulario de designación.)
- Certificado de defunción notariado.
- Todos los formularios de inscripción originales y las tarjetas de cambio de beneficiarios.
- Para reclamaciones por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés) y Cinturón de Seguridad, anexe recortes de periódico, informes policiales o sobre el accidente, y cualquier otra información de la que disponga relacionada con el accidente.

Please Read Carefully

The application for life insurance benefits consists of the forms included in this packet, as well as the additional information noted under item 1 below. Please fill out every space on the Proof of Death form to avoid delays in our examination of your application for benefits. If a section does not apply, or information is not available, please write "NONE" in the space, so that we know you did not overlook the particular question. **If an incomplete form is received, it may be returned for completion.**

1. Include the following information with the Proof of Death form.

- Beneficiary Statement(s).
(See attached. If there is more than one beneficiary, please make a copy of the front and back of the statement.)
- Certified death certificate.
- All original enrollment forms and change of beneficiary cards.
- For AD&D and Seat Belt claims, attach newspaper clippings, police or accident reports, and any other information available regarding the accident.



TheStandard[®]

Standard Insurance Company
Life Benefits Department
PO Box 2800 Portland OR 97208 Tel. 800-628-8600

**Beneficios del Seguro de Vida
Instrucciones de solicitud
(Life Insurance Benefits
Application Instructions)**

- 2. Pida por favor a los beneficiarios que lean con atención y llenen la Designación de beneficiarios, en la que hay información sobre impuestos y la cuenta de Acceso Seguro de Standard (Standard Secure Access).**

Los beneficiarios pueden recibir sus fondos por medio del Acceso Seguro de Standard (Standard Secure Access o SSA) en conformidad con las estipulaciones de la póliza colectiva. El SSA es una cuenta adecuada que devenga interés y en donde las otorgaciones del seguro de vida son depositadas. Con el SSA, el beneficiario podrá devengar una tasa de interés en las otorgaciones del seguro de vida mientras se toma el tiempo para hacer decisiones financieras importantes que por lo regular preceden la muerte de un ser querido.

Se le enviará al beneficiario una chequera cuando la reclamación sea autorizada. Además, todos los titulares de la Cuenta SSA tienen acceso al servicio de atención al cliente las 24 horas del día por medio del sistema de repuestas de voz (voice response unit o VRU) y un diligente equipo de atención al cliente.

Verifique por favor que todos los formularios necesarios estén llenos y se devuelvan a nuestra oficina. Empezaremos a revisar la reclamación una vez que hayamos recibido todos los formularios llenos. Si tiene alguna duda, por favor no dude en comunicarse a nuestras oficinas. Llame al **(800) 628-8600** o envíenos un correo electrónico a **lifebenefits@standard.com**.

- 2. Please have the beneficiary(ies) carefully read and complete the Beneficiary Statement which contains information about taxes and the Standard Secure Access account.**

Beneficiaries may receive their funds via Standard Secure Access (SSA) in accordance with the terms of the group policy. SSA is a convenient, interest-bearing checking account in which life insurance proceeds are deposited. With SSA, the beneficiary is able to earn interest on the life insurance proceeds while taking the time to weigh important financial decisions that often follow the death of a loved one.

The Beneficiary will be mailed a checkbook once the claim is approved. In addition, all SSA accountholders have access to 24-hour customer service via a voice response unit (VRU) and a dedicated customer service team.

Please make sure all required forms are completed and returned to our office. Our examination of the claim will begin when all completed forms are received. Should you have questions, our office is available to assist you. Please call **(800) 628-8600** or email us at **lifebenefits@standard.com**.

Standard Insurance Company

Life Benefits Department
PO Box 2800 Portland OR 97208 Tel. 800-628-8600

**Beneficios de Seguro de Vida
Formulario de Prueba de
defunción para reclamaciones
(Life Insurance Benefits
Proof of Death Claim Form)**

**Favor de escribir con letra de molde o a máquina. Si tienen preguntas sin contestar, los formularios serán devueltos.
(Please type or print. Forms may be returned for unanswered questions.)**

Nombre del finado: (Name of Deceased)		Fecha de vigencia del seguro del miembro: (Effective Date of Member's Insurance)			
N.º de Seguro Social: (Social Security No.)		Fecha de membresía o contratación: (Date of Membership/Employment)			
Fecha de nacimiento: (Date of Birth)		Fecha del último día en que el miembro estuvo en trabajo activo (presente en el trabajo): (Date member was last actively at work)	¿Había sido despedido antes de fallecer? (Had employment terminated prior to death?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____		
Fecha de fallecimiento: (Date of Death)		Motivo por el cual el miembro cesó de trabajar: (Reason member ceased working) <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____ (Death) (Illness) (Other (explain))			
Si es una reclamación para dependiente, nombre del miembro: (If Dependent Claim, Name of Member)		Último mes en que se pagó la prima para el miembro o dependiente: (Last month premium was paid for member or dependent)			
N.º de póliza colectiva: (Group Policy No.)	Clasificación de seguro (consulte el contrato): (Insurance Class (see contract))	Salario mensual o anual: (Monthly or annual salary) \$			
Profesión: (Occupation)		Fecha del último aumento de salario: (Date of last salary increase)			
Cantidad de cobertura de seguro que se reclama: (Amount of insurance claimed)		Salario antes del aumento: (Salary prior to increase) \$			
Seguro de Vida Básico (Basic Life) \$ _____	Seguro de Vida de Dependientes (Dependents Life) \$ _____	Número normal de horas que el empleado trabajaba por semana: (Usual number of hours employee worked per week)			
Seguro de Vida Extra (Additional Life) \$ _____	Otro (especifique) (Other (specify)) \$ _____	Cantidad de la prima mensual pagada para el asegurado: (Amount of monthly premium paid for the insured)			
Muerte Accidental (Accidental Death) \$ _____					
El miembro también tenía las siguientes reclamaciones con Standard Insurance Company: (marque todas las que sean pertinentes) (Member also had the following claims with Standard Insurance Company: (check all that apply))		El miembro trabajaba: (marque todas las que sean pertinentes) (Member was: (check all that apply))			
<input type="checkbox"/> Incapacidad de Largo Plazo (Long Term Disability)		<input type="checkbox"/> Jornada completa (Full-time)			
<input type="checkbox"/> Incapacidad de Corto Plazo (Short Term Disability)		<input type="checkbox"/> Sindicalizado (Union)			
<input type="checkbox"/> Exención de prima (Waiver of Premium)		<input type="checkbox"/> Por hora (Hourly)			
		<input type="checkbox"/> Jornada media (Part-time)			
		<input type="checkbox"/> Sin sindicato (Non-Union)			
		<input type="checkbox"/> Asalariado (Salaried)			
		<input type="checkbox"/> Por comisión (Commissioned)			
		<input type="checkbox"/> Activo (Active)			
		<input type="checkbox"/> Jubilado (Retired)			
Nombre del beneficiario (Name of Beneficiary)	N.º de Seguro Social (Social Security No.)	Parentesco (Relation)	Fecha de nacimiento (Date of Birth)	Domicilio* (Address)	Teléfono (Phone)
*Si la dirección es un apartado postal, debe darnos un domicilio además del apartado postal. (If the mailing address is a PO Box, we must have a street address in addition to the PO Box mailing address.)					
Observaciones: (Remarks)					

**Además de este formulario, son necesarios los siguientes artículos:
 (In addition to this form, the following items are required)**

- Declaración del beneficiario. (Beneficiary Statement.)
- Los formularios de inscripción y cualquier cambio de beneficiario posterior. (Original enrollment forms and any subsequent beneficiary changes.)
- Certificado de defunción notariado. (Certified death certificate.)
- Para reclamaciones por AD&D y Cinturón de Seguridad adjunte artículos del periódico, informes policial o accidente y cualquier otra información en relación al accidente. (For AD&D and Seat Belt Claims, newspaper clippings, police and accident reports, or other information regarding the accident.)

Declaración

Confirmando que las respuestas que he dado a las preguntas anteriores son verdaderas a mi mejor saber y entender. Declaro que he leído el aviso de fraude en la página 5 de este formulario.

Acknowledgment

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 5 of this form.

 Firma del administrador de beneficios
 (Signature of Benefit Administrator)

 Fecha
 (Date)

 Nombre del empleador o asociación
 (Name of Employer or Association)

 Nombre del administrador de beneficios (En letra de molde)
 (Benefit Administrator's Name (Please print))

 Dirección
 (Street Address)

(_____)
 N.º de teléfono
 (Phone No.)

 Ciudad
 (City)

 Estado
 (State)

 Código postal
 (Zip Code)

Los pagos hechos por medio del ssa serán enviados directamente al beneficiario, los pagos hechos por cheque serán enviados al titular de la póliza, al menos que usted indique lo contrario. (Payments paid via SSA will be sent directly to beneficiary, payments paid via check will be sent to policyholder, unless requested otherwise.)

Algunos estados exigen que le demos la siguiente información:

RESIDENTES DE CALIFORNIA

Para protegerle a usted, las leyes de California disponen que lo siguiente aparezca en este formulario: Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida comete un delito y puede hacerse objeto de multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

RESIDENTES DE COLORADO

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía aseguradora con el fin de defraudarla o tratar de defraudarla. Hacerlo se puede sancionar con prisión, multas, denegación de seguro y responsabilidad civil. Toda compañía aseguradora y todo agente de una compañía aseguradora que proporcione a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante con el fin de defraudarlo o tratar de defraudarlo con respecto de un arreglo o indemnización pagaderos del dinero procedente del seguro deberán ser reportados a la División de Seguros de Colorado, del Departamento de Agencias Regulatorias.

RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLOMBIA

ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con objeto de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. El delito se puede sancionar con prisión y multas. Además, la aseguradora podrá negar los beneficios de seguro si el solicitante presentó información falsa materialmente relacionada con una reclamación.

RESIDENTES DE FLORIDA

Toda persona que a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado.

RESIDENTES DE MARYLAND Y RHODE ISLAND

Toda persona que a sabiendas y deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o de beneficios, o que a sabiendas y deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro comete un delito y puede ser objeto de multas y encarcelamiento.

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

CALIFORNIA RESIDENTS

For your protection, California law requires the following to appear on this form: 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.

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.

MARYLAND AND RHODE ISLAND RESIDENTS

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.

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY

Toda persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga alguna información falsa o engañosa se hará objeto de sanciones penales y civiles.

NEW YORK RESIDENTS

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, comete fraude de seguros, lo cual constituye un delito, y también se hará objeto de sanciones civiles que no excederán de cinco mil dólares y el valor declarado en la reclamación por cada infracción de este tipo.

RESIDENTES DE PENNSILVANIA

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, comete fraude de seguros, lo cual constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

Algunos estados nos exigen informarle a usted que toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa referente a cualquier material factual a tal efecto, comete fraude de seguros, el cual se castiga con sanciones civiles o penales, dependiendo de cada estado. Tal acción puede clasificarse como un delito grave y se le pueden imponer multas cuantiosas.

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.

RESIDENTES DE NUEVA YORK

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.

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.