

Standard Insurance Company

Departamento de beneficios de seguro de vida
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

Desmembramiento Accidental
Declaración del empleador
(Accidental Dismemberment
Employer's Statement)

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

Datos del empleado (Employee Information)

Nombre y apellido (Full Name)
Fecha de contratación o membresía en la asociación (Date of employment or association membership)
Fecha de vigencia del seguro del empleado (Date employee's insurance became effective)
Situación del empleado: ¿Presente en el trabajo? (Employee's Status) (Actively at Work?)
Número de horas trabajadas a la semana (Number of Hours Worked per Week)
Último día en el trabajo (Last Day of Work)
¿Ha sido despedido el empleado? (Is employee now terminated?)
Fecha de eliminación (Date of termination)
Motivo (Reason)
Escriba el nombre y número de Seguro Social del dependiente sólo si el dependiente está solicitando beneficios de seguro. (Provide Dependent name and Social Security No. below only if Dependent is applying for insurance benefits.)
Nombre del dependiente (Dependent's Name)
N.º de Seguro Social del dependiente (Dependent's Social Security No.)

Cantidad de seguro (Amount of Insurance)

¿Tiene el empleado Seguro de Vida colectivo bajo más de un número de póliza? (Does employee have group Life Insurance under more than one policy number?)
Si es sí, escriba los números de póliza (If yes, list all policy numbers)
Cantidad de Seguro de Vida Básico del miembro \$ (Amount of Member's Basic Life Insurance)
Cantidad de Seguro de Vida Extra del miembro \$ (Amount of Member's Additional Life Insurance)
Cantidad de Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento del miembro \$ (Amount of Member's Accidental Death & Dismemberment Insurance)
Cantidad de Seguro de Vida de Dependiente \$ (Amount of Dependent Life Insurance)
Cantidad de Seguro de Vida Extra de Dependiente \$ (Amount of Additional Dependent Life Insurance)
Cantidad de Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento de Dependiente \$ (Amount of Dependent Accidental Death and Dismemberment Insurance)
Si el seguro de vida es en base a ingresos del miembro, favor de marcar el espacio y escriba la cantidad del salario. (If life insurance is based on Member's earnings, please check appropriate box and fill in the amount of salary.)
Ingreso mensual base (Basic Monthly Earnings) Precio mensual \$ (Monthly Rate)
Ingresos anuales básicos (Basic Yearly Earnings) Precio anual \$ (Annual Rate)
Ingresos por contrato básicos (Basic Contract Earnings) Cantidad del contrato \$ (Contract Amount) Duración del contrato (Length of Contract)
Ingresos semanales básicos (Basic Weekly Earnings) Precio semanal \$ (Weekly Rate)
Ingresos por hora básicos (Basic Hourly Earnings) Precio por hora \$ (Hourly Rate)
Comisiones. Favor de adjuntar una lista de las comisiones pagadas por cada uno de los últimos 12 meses. (Commissions. Please attach list of commissions paid for each of last 12 months.)
Clasificación de seguro. Consulte la lista de cobertura para beneficios. (Insurance Class. Refer to policy schedule of benefits.)
Cantidad de beneficios siendo solicitados \$ (Amount of benefit being claimed \$)
Fecha del último aumento en salario o beneficios (Date of last increase in earnings or benefit?)
Ingresos antes del aumento \$ (Earnings Prior to Increase \$) por (per)

Standard Insurance Company

Departamento de beneficios de seguro de vida  
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

**Desmembramiento Accidental  
Declaración del empleador  
(Accidental Dismemberment  
Employer's Statement)**

**Primas (Premiums)**

Indique el último mes en que pago la prima \_\_\_\_\_  
(Please advise last month premiums paid)

**Representante del empleador que llena este formulario (Employer Representative Completing this Form)**

Empleador \_\_\_\_\_  
(Employer)

Dirección \_\_\_\_\_  
(Address)

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
(City) (State) (ZIP)

N.º de teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ N.º de póliza \_\_\_\_\_  
(Phone No.) (Policy No.)

**Aceptación (Acknowledgement)**

Por este medio certifico que, a mi leal saber y entender, las respuestas que he dado a las preguntas son completas y verdaderas.  
Declaro que he leído el aviso de fraude en la página 3 de este formulario.  
(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 3 of this form.)

Firma \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Signature) (Title) (Date)

*Favor de adjuntar copias de las tarjetas de inscripción. (Please attach copies of all enrollment cards.)*

## Standard Insurance Company

Departamento de beneficios de seguro de vida  
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

## Desmembramiento Accidental Avisos sobre fraudes en el formulario de reclamación (Accidental Dismemberment Claim Form Fraud Notices)

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 COLUMBIA

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.

## Standard Insurance Company

Departamento de beneficios de seguro de vida  
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

## Desmembramiento Accidental Avisos sobre fraudes en el formulario de reclamación (Accidental Dismemberment Claim Form Fraud Notices)

### 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.

### RESIDENTES DE NUEVA 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, 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.

### 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 a 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.