



Por favor, lea cuidadosamente

La solicitud de los beneficios del Seguro de Vida consiste en los formularios que se incluyen en este paquete, así como la información adicional que se indica en el punto 1 a continuación. Por favor, llene todos los espacios del formulario de Prueba de defunción para evitar demoras en nuestra evaluación de su solicitud para recibir beneficios. Si una sección no aplica o la información no está disponible, por favor, escriba "NINGUNO" en el espacio, para que sepamos que no pasó por alto la pregunta en cuestión. **Si recibimos un formulario incompleto, puede que lo enviemos de regreso para que lo llene.**

Nota: los documentos originales no le serán devueltos.

1. Incluya la siguiente información junto con el formulario de Prueba de defunción.

- Declaración(es) del beneficiario.
(Vea el adjunto. Si existe más de un beneficiario, por favor, haga una copia de ambos lados de la declaración).
- Fotocopia del certificado de defunción.
- Copias de todos los formularios de inscripción y tarjetas de cambios de beneficiario.
- Para las reclamaciones de beneficios por Muerte Accidental y Desmembramiento (Accidental Death and Dismemberment (AD&D, por sus siglas en inglés)) y de Cinturón de seguridad, adjunte fotocopias de recortes del periódico, reportes policiales o de accidentes y cualquier otra información disponible 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.**

Note: original documents will not be returned.

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.)
- Photocopy of the death certificate.
- Copies of all enrollment forms and change of beneficiary cards.
- For AD&D and Seat Belt claims, attach photocopies of newspaper clippings, police or accident reports, and any other information available regarding the accident.



TheStandard®

Standard Insurance Company
Life Benefits Department
800.628.8600 Fax 888.414.0389 Lifebenefits@standard.com
PO Box 2800 Portland OR 97208

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

- 2. Por favor, pida al/los beneficiario(s) que lea(n) y llene(n) cuidadosamente la Declaración del beneficiario que contiene información sobre impuestos y sobre la cuenta de Acceso seguro de The Standard.**

Los beneficiarios pueden recibir sus fondos por medio de la cuenta de Acceso seguro de Standard (Standard Secure Access (SSA, por sus siglas en inglés)) en conformidad con las cláusulas de la Póliza colectiva. La SSA es una conveniente cuenta corriente que genera intereses, y en la que se depositan los beneficios del Seguro de Vida. Con la SSA, el beneficiario puede obtener intereses sobre los beneficios del Seguro de Vida mientras dedica el tiempo necesario para sopesar las importantes decisiones financieras que, a menudo, surgen tras la muerte de un ser querido.

Tan pronto se apruebe la solicitud, se le enviará una chequera por correo al beneficiario. Además, los titulares de las cuentas SSA tienen acceso a nuestro servicio al cliente de 24 horas a través de la unidad de respuesta de voz (Voice response unit, (VRU, por sus siglas en inglés)) y a un dedicado equipo de servicio al cliente.

Por favor, asegúrese de que todos los formularios requeridos sean completados y devueltos a nuestra oficina. Nuestra evaluación de la reclamación comenzará al recibir todos los formularios llenos. Si tiene alguna pregunta, nuestra oficina está dispuesta a ayudarlo. Llame al **(800) 628-8600**.

- 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**.

Standard Insurance Company

Life Benefits Department
 800.628.8600 Fax 888.414.0389 Lifebenefits@standard.com
 PO Box 2800 Portland OR 97208

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

*Por favor escriba en letra de molde o a máquina. Si deja preguntas sin contestar, se le devolverán los formularios.
 (Please type or print. Forms may be returned for unanswered questions.)*

Nombre del difunto: (Name of Deceased)		Fecha de entrada en vigencia del seguro del miembro: (Effective Date of Member's Insurance)	
N° de Seguro Social: (Social Security No.)		Fecha de membresía o contratación: (Date of Membership/Employment)	
Fecha de fallecimiento: (Date of Death)	Fecha de nacimiento: (Date of Birth)	Fecha del último día en el que el miembro estuvo presente en el trabajo: (Date Member was last actively at work)	
TIPO DE RECLAMACIÓN: <input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a (CLAIM TYPE) (Member) (Spouse) (Child)		¿Había sido despedido antes de fallecer? (Had Member's employment terminated prior to death?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, indique la fecha _____ (If Yes, Date)	
Nombre del miembro: (Name of Member)		Motivo por el cual el miembro dejó de trabajar: (Reason Member ceased working) <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____ (Death) (Illness) (Other (explain))	
N.º de Póliza colectiva: (Group Policy No.)	Clase de seguro: (consulte la Póliza colectiva) (Insurance Class: (see Group Policy))	¿Se pagaron las primas hasta el mes del fallecimiento? (Premiums paid through month of death?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, indique la fecha _____ (If No, Date)	
Profesión: (Occupation)	Salario mensual o anual: (Monthly or annual salary) \$	Fecha del último aumento de salario: (Date of last salary increase)	
¿Aplica la reducción por edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Does Age Reduction apply?)	Salario antes del aumento: (Salary prior to increase) \$	Fecha del aumento de salario anterior: (Date of prior salary increase)	
Cantidad de cobertura del seguro que se reclama: (Por favor, indique la Reducción por edad, si aplica) (Amount of Insurance Claimed: (Please apply Age Reduction if applicable))		Número normal de horas que el empleado trabajaba por semana: (Usual number of hours worked per week)	
Seguro de Vida Básico \$ _____ (Basic Life)	Seguro por Muerte Accidental \$ _____ (Accidental Death)	Cantidad de la prima mensual pagada por el asegurado: (Amount of monthly premium paid for the insured) \$	
Falta el Seguro de Vida Extra \$ _____ (Additional Life)	Si fue Muerte Accidental, por favor proporcione: (If Accidental Death, please provide)		
Seguro de Vida para Dependientes \$ _____ (Dependents Life)	<input type="checkbox"/> Formulario de autorización (Authorization Form)		
Otro (especifique) \$ _____ (Other (specify))	<input type="checkbox"/> Informe policial sobre el incidente (si procede) (Police Incident Report (if applicable))		
	<input type="checkbox"/> Autopsia/toxicología (si procede) (Autopsy/Toxicology (if applicable))		
El miembro también tenía las siguientes reclamaciones con Standard Insurance Company: (marque todas las que apliquen) (Member also had the following claims with Standard Insurance Company: (check all that apply))		El miembro trabajaba: (marque todas las casillas que correspondan) (Member was: (check all that apply))	
<input type="checkbox"/> Incapacidad de Largo Plazo (Long Term Disability)	<input type="checkbox"/> Incapacidad de Corto Plazo (Short Term Disability)	<input type="checkbox"/> Exención de prima (Waiver of Premium)	<input type="checkbox"/> De tiempo completo (Full-time) <input type="checkbox"/> Sindicalizado (Union) <input type="checkbox"/> Por hora (Hourly)
			<input type="checkbox"/> De medio tiempo (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° de Seguro Social (Social Security No.)	Parentesco (Relationship)	Fecha de nacimiento (Date of Birth)	Dirección (número y calle)* (Address)	Teléfono (Phone)

***Si la dirección es un apartado postal, debe proporcionar una dirección de 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 documentos: (Aviso: los documentos originales no serán devueltos)
 (In addition to this form, the following items are required: (Note: original documents will not be returned))**

- Declaración del beneficiario.
 (Beneficiary Statement)
- Fotocopias de los formularios de inscripción y todos los cambios de beneficiario posteriores.
 (Photocopies of enrollment forms and any subsequent beneficiary changes)
- Si no hay información sobre el beneficiario en el expediente, por favor, escríbalo en la casilla de observaciones.
 (If no beneficiary information on file, please note in remarks box.)
- Fotocopia del certificado de defunción.
 (Photocopy of death certificate.)
- Para reclamaciones por Muerte Accidental, si los informes no están disponibles al momento de presentar la reclamación, The Standard Intentará obtener los informes directamente. Por favor, asegúrese de que la familia complete el formulario de autorización. Este formulario puede obtenerse en AdminEase o comunicándose directamente con The Standard.
 (For Accidental Death claims, if reports are not available when a claim is submitted, The Standard will attempt to order reports directly. Please have the family complete the authorization form. This form can be located in AdminEase or by contacting The Standard directly.)
- Si entre los ingresos anuales se incluyen comisiones o bonos, por favor, incluye la documentación que lo respalde.
 (If annual earnings include commissions or bonuses, please include supporting documentation.)

Certificación

Por este medio, certifico que las respuestas a las preguntas anteriores son completas y verdaderas a mi leal saber y entender. Certifico que he leído los avisos de fraude de la página 5 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 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 *(Por favor escriba con letra de molde)*
 (Benefit Administrator's Name *(Please print)*)

Dirección (número y calle)
 (Street Address)

(_____)

N° de teléfono
 (Phone No.)

Ciudad
 (City)

Estado
 (State)

Código postal
 (Zip Code)

Correo electrónico
 (Email)

**Los pagos se enviarán directamente al beneficiario a menos que se indique lo contrario.
 (Payments will be sent directly to beneficiary unless requested otherwise.)**

Avisos de fraude del 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 Y TEXAS

Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario: 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.

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 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 penalizaciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporciona información falsa relacionada con una 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.

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 AND TEXAS 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.

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.

Avisos de fraude del formulario de reclamación (Claim Form Fraud Notices)

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY

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

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 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 también estará sujeto 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.

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 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 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.

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.

ACUERDO

AGREEMENT

Estoy solicitando mi parte de los beneficios disponibles bajo la póliza o pólizas de Standard Insurance Company mencionadas anteriormente. Estoy de acuerdo con que esta Declaración del beneficiario, la copia del certificado de defunción del asegurado y toda otra documentación necesitada por Standard Insurance Company relacionada con mi reclamación sirva como confirmación del fallecimiento del asegurado. También con que, al proporcionar este formulario, Standard Insurance Company no renuncie a ningún derecho o defensa relacionada con el pago de mi reclamación.

I am claiming my share of the proceeds available under the Standard Insurance Company policy or policies. I agree that this Beneficiary Statement, a photocopy of the insured's death certificate and all other documents required by Standard Insurance Company in regard to my claim shall serve as proof of death of the insured. I also agree that, by providing this form, Standard Insurance Company does not waive any of its rights or defenses in regard to the payment of my claim.

**INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE
 LOS IMPUESTOS**

IMPORTANT TAX INFORMATION

Número de Identificación Tributaria: el gobierno federal requiere que declaremos los intereses que le pagaremos. Por lo tanto, se nos obliga a obtener su Número del Seguro Social o su Número de Identificación del Empleador, el cual debe certificar bajo pena de perjurio. Si no nos proporciona un número de identificación, el gobierno federal nos exige que retengamos una parte de sus intereses como depósito contra los impuestos que puedan estar pendientes.

Taxpayer Identification Number — The Federal government requires us to report interest we pay you. Therefore, we are required to obtain your Social Security Number or Employer Identification Number, which you must certify under penalties of perjury. If you fail to supply us with an identification number, the Federal government requires us to withhold a portion of your interest as a deposit against the taxes that may be due.

Certificación— Bajo pena de perjurio, yo certifico que:

Certification — Under Penalties Of Perjury, I Certify That:

1. El Número del Seguro Social o el Número de Identificación del Empleador que aparece en este formulario es mi Número de Identificación Tributaria correcto; y
2. no estoy sujeto a la retención de respaldo porque: a) Estoy exento de la retención de respaldo, o b) El Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service (IRS, por sus siglas en inglés)) no me ha notificado que estoy sujeto a la retención de respaldo como resultado de no haber declarado todos los intereses o dividendos, o c) el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a la retención de respaldo; y
3. soy ciudadano estadounidense (incluye un extranjero residente de los Estados Unidos); y
4. estoy exento de la obligación de informar de la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras (Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA, por sus siglas en inglés)).

1. My Social Security Number or Employer Identification Number shown on this form is my correct Taxpayer Identification Number; and
2. I am not subject to backup withholding because: (a) I am exempt from backup withholding, or (b) I have not been notified by the Internal Revenue Service (IRS) that I am subject to backup withholding as a result of a failure to report all interest or dividends, or (c) the IRS has notified me that I am no longer subject to backup withholding; and
3. I am a U.S. person (includes a U.S. resident alien); and
4. I am exempt from Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) reporting

Instrucciones sobre la certificación — **Usted debe** marcar esta casilla si el IRS le ha notificado que está sujeto a una retención de respaldo.

Certification Instructions — **You must** check this box if the IRS has notified you that you are subject to backup withholding.

Si usted no es un ciudadano estadounidense, un extranjero residente en los Estados Unidos u otra clase de persona estadounidense, debe presentar el correspondiente Formulario W-8 para certificar su condición de extranjero y, si corresponde, reclamar los beneficios del tratado.

If you are not a U.S. citizen, U.S. resident alien or other U.S. person, you must submit the applicable Form W-8 to certify your foreign status and, if applicable, claim treaty benefits.

Es posible que nos comuniquemos con usted para obtener más información sobre su Número de Identificación Tributaria o su estado de retención de respaldo, o si es un extranjero no residente o una entidad extranjera.

We may contact you for more information if there are any questions about your Taxpayer Identification Number or backup withholding status, or if you are a non-resident alien or foreign entity.

El Servicio de Impuestos Internos no requiere su consentimiento para ninguna disposición de este documento, salvo las certificaciones necesarias para evitar la retención de respaldo.

The Internal Revenue Service does not require your consent to any provision of this document other than the certifications required to avoid backup withholding.

MÉTODO DE PAGO

1. Pago con cheque

Para los fondos inferiores a \$25,000, y para las pólizas emitidas en y para los residentes de California, Florida, Kentucky, Louisiana, Maryland y Rhode Island, el pago se hará en una suma global, por medio de un cheque al beneficiario, a menos que se solicite lo contrario.

2. Pago por SSA

Los beneficiarios pueden recibir sus fondos de \$25,000 o más a través de la cuenta de Acceso seguro de Standard (SSA) en conformidad con los términos de la Póliza colectiva. La SSA es una conveniente cuenta corriente que genera intereses, y en la que se depositan los beneficios del Seguro de Vida. Con la SSA, usted podrá obtener intereses sobre los beneficios del Seguro de Vida mientras dedica el tiempo necesario para sopesar las importantes decisiones financieras que, a menudo, surgen tras la muerte de un ser querido.

Tan pronto se apruebe la solicitud, se le enviará una chequera por correo al beneficiario. Además, los titulares de las cuentas SSA tienen acceso a nuestro servicio al cliente de 24 horas a través de la unidad de repuesta de voz (Voice response unit (VRU), por sus siglas en inglés) y a un dedicado equipo de servicio al cliente.

Si usted decide asignar una parte de sus beneficios a una funeraria, por favor, incluya un formulario de asignación legalizado (*otorgado por la funeraria*) y una copia detallada de la factura. Un cheque por la cantidad asignada se le enviará directamente a la funeraria.

METHOD OF PAYMENT

1. Payment by Check

Funds under \$25,000, and for policies issued in and for residents of California, Florida, Kentucky, Louisiana, Maryland and Rhode Island, payment will be made in a lump sum, by check to the beneficiary unless requested otherwise.

2. Payment by SSA

Beneficiaries may receive their funds of \$25,000 and above 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, you are 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.

If you decide to assign a portion of your benefits to a funeral home, please include a notarized assignment form (*supplied by the funeral home*) and an itemized copy of the funeral bill. A separate check for the amount of the assignment will be delivered directly to the funeral home.

CERTIFICACIÓN Y FIRMA

(ACKNOWLEDGEMENT AND SIGNATURE)

Nombre (*en letra de molde*)
 (Name *(please print)*)

Fecha de nacimiento
 (Date of Birth)

N.º de Seguro Social/N.º de identificación del empleador del Beneficiario (*obligatorio*)
 (Beneficiary's Social Security No./Taxpayer ID No. *(required)*)

Relación con el difunto
 (Relationship to Deceased)

Dirección postal: (*si se trata de un apartado postal, es necesario agregar un domicilio*)
 (Mailing Address *(if this is a PO Box, a street address is required)*)

Ciudad
 (City)

Estado Código postal
 (State) (Zip Code)

Dirección (número y calle) (*únicamente si su dirección postal es un apartado postal*)
 (Street Address *(only if your mailing address is a PO Box)*)

Ciudad
 (City)

Estado Código postal
 (State) (Zip Code)

Número de celular/teléfono del trabajo
 (Cell/Work Phone No.)

Teléfono de casa
 (Home Phone No.)

Yo certifico que las declaraciones anteriores están completas, y son verdaderas a mi leal saber y entender. Reconozco que he leído el aviso de fraude que se encuentra en la página 12 de este formulario.

I certify that the statements made above are both complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge that I have read the fraud notice on page 12 of this form.

Firma del Beneficiario/representante (*favor de usar tinta oscura y de firmar como firmaría un cheque*) Si la firma corresponde al representante legal (por ejemplo, un apoderado, un tutor o un curador), adjunte la documentación pertinente al estado legal. (Signature of Beneficiary/Representative (please use dark ink and sign as you would a check) If signature is provided by legal representative (e.g., Attorney in Fact, guardian or conservator), please attach documentation of legal status.)

Fecha
 (Date)

Únicamente para uso interno
 (Internal use only)

N.º de reclamación: _____
 (Claim Number)

Analista de reclamaciones: _____
 (Claim Analyst)

Para uso exclusivo del titular de la póliza
 (Policyholder Use Only)

Nombre del difunto: _____
 (Name of Deceased)

Nº de Póliza colectiva: _____
 (Group Policy No.)

Cuenta de Acceso seguro de Standard
(Standard Secure Access o SSA):

La cuenta SSA es una cuenta corriente del mercado monetario. Los cheques de la cuenta SSA son pagaderos a través de The Northern Trust Company, Chicago, Illinois. Los cheques de \$250 o más pueden ser girados contra el saldo de la cuenta, utilizando los cheques especiales que le proporcionaremos. No hay un límite de número de cheques que puede girar contra el saldo de la cuenta. Puede escribir un cheque por el total del saldo de la cuenta en cualquier momento. Si en algún momento el balance de la cuenta es menor a \$500, la cuenta automáticamente se cerrará al final de ese mes. El balance final de la cuenta, incluyendo el interés acreditado, se le enviará por correo.

Los fondos de la cuenta SSA comienzan a generar intereses desde el día en que se depositan, con interés compuesto diario, y se agregan a la cuenta el último día del mes. La cuenta acumula intereses basándose en la tasa de subasta de 13 semanas de los Bonos del Tesoro de los Estados Unidos. El interés principal, y cualquier otro interés obtenido, están totalmente garantizados por The Standard. El interés obtenido en la cuenta SSA puede estar sujeto al pago de impuestos. Se debe consultar a un asesor fiscal/legal sobre las dudas que tenga relacionadas con los impuestos, y debe consultar a un asesor financiero sobre las dudas que tenga sobre otras oportunidades de inversión.

Mensualmente, se le enviará por correo un estado de cuenta de la cuenta SSA que mostrará el saldo inicial, los retiros, los intereses acreditados, los cargos por servicios especiales, si los hubiera, y la tasa del interés actual que la cuenta está generando.

Standard Secure Access (SSA) Account:

The SSA Account is a money market checking account. Checks drawn on the SSA Account are payable through The Northern Trust Company, Chicago, Illinois. Checks for \$250 or more may be written against the account balance using special checks provided. There is no limit on the number of checks that can be written against the balance of the account. A check for the full balance may be written at any time. If at any time the account balance falls below \$500, the account automatically will be closed at the end of that month. The final account balance, including interest credited, will be provided by mail.

The SSA Account funds begin earning interest the day they are deposited, with interest compounded daily and added to the account on the last day of the month. The account accrues interest based on the 13-week U.S. Treasury Bill auction rate. Principal and any interest earned are fully guaranteed by The Standard. The interest earned on the SSA Account may be taxable. A personal tax and/or legal advisor should be consulted with questions related to tax issues, and a financial advisor should be consulted for information about other investment opportunities.

An SSA Account statement showing the beginning balance, any withdrawals, interest credited, special service charges if any and the current interest rate that the account is earning is provided monthly by mail.

La cuenta SSA no cobra tarifas mensuales por servicio, no hace cargos por cada cheque ni cobra cheques adicionales. Sin embargo, pueden existir tarifas especiales por algunos de los servicios. Las tarifas especiales actuales son: \$25.00 por cada cheque rechazado, como lo son los cheques emitidos por una cantidad mayor al balance de la cuenta; y \$25.00 por cheque por cada orden de suspensión de pago. Estas tarifas se deducirán del balance de la cuenta, y aparecerán en el estado de cuenta mensual. Estas tarifas son aplicables desde este momento, y pueden cambiar en el futuro.

El depositar el total de los beneficios en una cuenta SSA libera completamente a The Standard de esa obligación, según lo estipulado en la Póliza colectiva del Seguro de Vida. No se pueden hacer depósitos extra en una cuenta SSA.

Tan pronto se apruebe la solicitud, se le enviará una chequera por correo al beneficiario. Además, los titulares de las cuentas SSA tienen acceso a nuestro servicio al cliente de 24 horas a través de la unidad de respuesta de voz (VRU) y a un dedicado equipo de servicio al cliente.

La cuenta no está asegurada por la Corporación Federal de Seguro de Depósitos (Federal Deposit Insurance Corporation (FDIC, por sus siglas en inglés)). La Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (The National Association of Insurance Commissioners (NAIC, por sus siglas en inglés)) aconseja que se comunique con la Organización Nacional de Asociaciones de Garantía de Seguros de Vida y Salud en www.nolhga.com para obtener información sobre la cobertura y las limitaciones para las las cuentas de activos retenidos por las Asociaciones de Garantía del Estado.

The SSA Account has no monthly service fees, no per check charges and no charge for additional checks. However, there may be special fees for some services. The current special fees are: \$25.00 for each check returned by the bank as unpaid, such as a check written for more than the account balance; and \$25.00 per check for each Stop Payment order. These fees will be deducted from the account balance and will appear on the monthly statement. The fees are applicable from the date of this disclosure and may change in the future.

Depositing the total proceeds in an SSA Account fully discharges The Standard's obligation under the group life insurance policy. Additional deposits cannot be made to an SSA Account.

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 voice response unit (VRU) and a dedicated customer service team.

The account is not insured by the Federal Deposit Insurance Corporation (FDIC). The National Association of Insurance Commissioners (NAIC) advises that you can contact the National Organization of Life and Health Insurance Guarantee Associations at www.nolhga.com for information about coverage and limitations for retained asset accounts by State Guaranty Associations.

Mientras los titulares de la cuenta decidan no retirar ninguno de los pagos de su cuenta, deben mantenerla activa. Nos comunicaremos con los titulares de la póliza periódicamente para confirmar si desean mantenerla. Si no obtenemos una respuesta, la cuenta se volverá inactiva y se considerará abandonada, por lo que puede que los fondos sean transferidos a la oficina de tesorería del estado del titular de la cuenta, y este tendrá que presentar una reclamación al estado para recuperarlos.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Beneficios del Seguro de Vida de The Standard, PO Box 2800, Portland, OR 97208-9929, o llame al 800-628-8600.

While accountholders may choose not to withdraw any portion of these proceeds from their account, they must keep the account active. We will contact accountholders periodically to confirm that they wish to maintain their account. If we do not receive a response, the account may become dormant and presumed abandoned, after which the proceeds may be transferred to the accountholder's state treasurer's office, and the accountholder will need to file a claim with the state to get the proceeds back.

If there are questions, please contact The Standard Life Benefits Department, PO Box 2800, Portland, OR 97208-9929, or call 800.628.8600.

Avisos de fraude del 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 Y TEXAS

Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario: 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.

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 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 penalizaciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporciona información falsa relacionada con una 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.

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 AND TEXAS 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.

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.

Avisos de fraude del formulario de reclamación (Claim Form Fraud Notices)

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY

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

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 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 también estará sujeto 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.

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 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 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.

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.



TheStandard®

Certificado de confirmación de Acceso seguro de Standard (Standard Secure Access Confirmation Certificate)

Standard Insurance Company se compromete a mantener el saldo inicial y a acreditar los intereses, así como a permitir los privilegios de la cuenta corriente en conformidad con los términos y condiciones que se indican en el reverso de este certificado.

Los cheques girados contra una cuenta de Acceso seguro de Standard son pagaderos por medio de The Northern Trust Company, Chicago, Illinois, o cualquier banco sucesor designado por The Standard.

Standard Insurance Company agrees to retain the opening balance and to credit interest and allow checking privileges in accordance with the terms and conditions outlined on the back of this certificate.

Checks drawn on the Standard Secure Access account are payable through The Northern Trust Company, Chicago, Illinois, or any successor bank appointed by The Standard.

Si tiene alguna pregunta, llame al:

800.343.2551

O escribanos a:

Cuenta de Acceso seguro
de Standard

PO Box 92987

Chicago IL 60675-2987

If you have any questions, please call:

800.343.2551

Or write to us at:

Standard Secure Access Account

PO Box 92987

Chicago IL 60675-2987

Standard Insurance Company

El que usted tenga este Certificado de confirmación no significa necesariamente que sea titular de cuenta.
(Possession of this Confirmation Certificate does not necessarily mean you are an accountholder.)

Acceso seguro de Standard (Standard Secure Access)

Términos y condiciones

Derechos del titular

Usted es el titular de esta cuenta. El titular es el único que tiene derecho a emitir cheques contra el saldo de la cuenta y a ejercer todos los derechos y privilegios otorgados por esta cuenta o permitidos por Standard Insurance Company ("The Standard").

Fecha de entrada en vigencia

La fecha de entrada en vigencia es la fecha en la que se creó la cuenta.

Interés

Los intereses se generan en su cuenta a partir de la fecha de entrada en vigencia, basados en la subasta de 13 semanas de los Bonos del Tesoro, pero sin exceder el 5%, y según se muestra en su estado de cuenta mensual. El interés se capitaliza diariamente, y se acredita en su cuenta el último día del mes. El interés principal y cualquier otro generado en la cuenta de Acceso seguro de Standard están totalmente garantizados por The Standard.

Requisitos de saldo mínimo

Si en algún momento el balance de la cuenta es menor a \$500, la cuenta automáticamente se cerrará al final de ese mes. El saldo final de la cuenta, incluyendo los intereses acreditados, le será enviado por correo.

Cantidad mínima para emitir cheques

Puede emitir cheques por \$250 o más contra el saldo de su cuenta utilizando los cheques especiales que se le proporcionarán. No hay un límite de número de cheques que puede emitir contra el saldo de su cuenta.

Estados de cuenta

Cada mes recibirá por correo un estado de cuenta que mostrará su saldo inicial, los retiros, los intereses acreditados, los cargos por servicios especiales, si los hubiera (consulte la sección de Cargos especiales) y la tasa de interés que genera su cuenta. No devolvemos los cheques cancelados junto con el estado de cuenta, pero están disponibles sin costo alguno.

Terms and Conditions

Ownership Rights

You are the owner of this account. The owner alone has the right to write checks against the account balance and to exercise all the rights and privileges provided by this account or allowed by Standard Insurance Company ("The Standard").

Effective Date

The effective date is the date the account was established.

Interest

Interest is earned on your account from the effective date at a rate based on the 13-week Treasury Bill auction rate but not to exceed 5% and as shown on your monthly statement. Interest is compounded daily and is credited to your account on the last day of the month. Principal and any interest earned in the Standard Secure Access account are fully guaranteed by The Standard.

Minimum Balance Requirements

If at any time the account balance falls below \$500, the account automatically will be closed at the end of that month. The final account balance, including interest credited, will be mailed to you.

Minimum Check Amount

You may write checks for \$250 or more against your account balance using the special checks provided to you. There is no limit on the number of checks you can write against the balance of your account.

Statements

Each month you will receive a statement of your account by mail showing your beginning balance, any withdrawals, interest credited, special service charges if any (see Special Fees section) and the interest rate that your account is earning. Canceled checks are not returned with your account statement but are available at no cost.

Cargos especiales

Los servicios básicos de su cuenta se le proporcionan sin costo alguno. No hay tarifas mensuales por servicio, no hay cargos por cada cheque ni tarifas por cheques adicionales. Hay tarifas especiales por los servicios especiales en los que pueda incurrir. Las tarifas especiales actuales son:

- \$25.00 por cada cheque rechazado, como lo son los cheques emitidos por una cantidad mayor al balance de la cuenta
- \$25.00 por cheque por cada orden de suspensión de pago

Normas y reglamentos del banco

Los cheques girados contra las cuentas de Acceso seguro de Standard son pagaderos como giros por medio de The Northern Trust Company, Chicago, IL. Su cuenta de Acceso seguro de Standard también está sujeta a las normas y leyes bancarias aplicables.

Depósitos

No pueden realizarse depósitos adicionales en esta cuenta.

Cesiones

No se permitirá la cesión de la cuenta de Acceso seguro de Standard. Cualquier intento de cesión no será efectivo para The Standard, su administrador externo o cualquier otro administrador sucesor.

Cambio en los términos y condiciones

The Standard se reserva el derecho de finalizar este programa, hacer cambios en los términos y condiciones y cambiar el banco comercial que se utiliza como centro de operaciones. Si se produce la finalización o se realizan tales cambios, The Standard le notificará sobre los cambios. Todos los acuerdos realizados por The Standard son firmados por un oficial de The Standard. Ninguna otra persona puede cambiar o anular ninguna de las condiciones de este certificado o hacer un acuerdo que sea vinculante para The Standard.

Special Fees

Basic Services on your account are provided to you at no cost. There are no monthly services fees, no per check charges and no charge for additional checks. There are special fees for special services you may incur. The current special fees are:

- \$25.00 for each check returned by the bank as unpaid, such as a check written for more than your account balance
- \$25.00 per check for each Stop Payment order

Rules and Regulations of the Bank

Checks drawn on Standard Secure Access accounts are payable as drafts through The Northern Trust Company, Chicago, IL. Your Standard Secure Access account is also subject to applicable banking laws and regulations.

Deposits

Additional deposits cannot be made into this account.

Assignments

No assignment of the Standard Secure Access account will be permitted. Any attempted assignment will not be binding on The Standard, its third party administrator or any successor administrator.

Changes in Terms and Conditions

The Standard reserves the right to terminate this program, make changes to the terms and conditions and change the commercial bank being used as a clearing facility. If termination occurs or such changes are made, The Standard will notify you of the changes. All agreements made by The Standard are signed by an officer of The Standard. No other person can change or waive any of the conditions of this certificate or make any agreement that will be binding upon The Standard.

Standard Insurance Company



Dan McMillan, presidente y director general
(Dan McMillan, President and CEO)