Filing at a Glance

Company: Household Life Insurance Company

Product Name: Dependent Child and Secondary Insured Term Benefit Riders-Spanish Filing

SERFF Tr Num: HHRN-126062049

State: Arkansas

TOI: L08 Life - Other

SERFF Status: Closed-Approved-Closed

State Tr Num: 41787

Sub-TOI: L08.000 Life - Other

Co Tr Num: 09-005-AR

State Status: Approved-Closed

Filing Type: Form

Reviewer(s): Linda Bird

Author: Deborah Fisher

Disposition Date: 03/13/2009

Date Submitted: 03/09/2009

Disposition Status: Approved-Closed

Implementation Date Requested: On Approval

Implementation Date:

State Filing Description:

General Information

Project Name: Dependent Child and Secondary Spanish Rider Filing

Project Number:

Requested Filing Mode: Review & Approval

Explanation for Combination/Other:

Submission Type: New Submission

Overall Rate Impact:

Filing Status Changed: 03/13/2009

Deemer Date:

Submitted By: Deborah Fisher

Status of Filing in Domicile: Not Filed

Date Approved in Domicile:

Domicile Status Comments: Exempt from filing requirements.

Market Type: Individual

Group Market Size:

Group Market Type:

Explanation for Other Group Market Type:

State Status Changed: 03/13/2009

Created By: Miloslav Dait

Corresponding Filing Tracking Number: HLI-8R-199-1180 SP

Filing Description:

RE: Household Life Insurance Company – NAIC #93777
FEIN #38-2341728

Forms: HLI-8R-199-1108 SP – Dependent Child Benefit Rider
HLI-8R-200-1108 SP – Secondary Insured Term Benefit Rider

Filing of Spanish forms

Dear Sir or Madam:

On behalf of Household Life Insurance Company, please find for your review and approval copies of the above captioned documents. These forms are the Spanish version of the previously approved English language documents which were approved by the Insurance Department as indicated below. Note that the statement of variability mentioned in the English filing will also apply to the Spanish form filing. Attached please find a copy of the approved English language documents for your records.

•HLI-8R-199-1108 and HLI-8R-200-1108-English Dependent Child Benefit and Secondary Insured Term Benefit Riders approved on January 15, 2009 – Serff tracking # HHRN-125913913.

The Spanish language forms will be used in markets where the demographics indicate a large Hispanic population. These forms are provided as a courtesy, along with the English version, so that the customer may better understand his/her coverage. These documents will not replace the English version already on file with your Department. The riders may be offered with any future individual term and whole life policies approved by the Department of Insurance. Attached you will find the required certification from a translator, certifying that the Spanish document is a true and faithful rendering of the English document. The English forms are the official, legal version.

These products are exempt from filing in our state of domicile, Michigan.

These products are currently anticipated to be offered to the general life insurance market direct to consumer and through agent channels. The channels used will include an electronic internet channel, telesales, direct mail and paper application.

Please note that we reserve the right to change the appearance and pagination, but not the text of these forms to comply with future changes in print systems. No font will be less than a 10-point font size. The color may change and/or weight of the paper on which these forms are printed may change. We reserve the right to correct typographical errors without re-filing. Please note that no other changes will be made to these documents other than to satisfy these requirements.

Thank you in advance for your prompt consideration of this matter. If you have any questions, or if we may assist you with any aspect of this approval project, you may contact me at 1-800-443-7187, Ext. 6-2208 or you may e-mail me at debbie.a.fisher@us.hsbc.com.

Regards,

Deborah A. Fisher
Product Compliance Officer

Company and Contact

Filing Contact Information

Debbie Fisher, Compliance Officer
200 Somerset Corp. Blvd.
Suite 100
Bridgewater, NJ 08807

debbie.a.fisher@us.hsbc.com
908-203-2208 [Phone]
908-203-4230 [FAX]

Filing Company Information

Household Life Insurance Company
500 Woodward Ave.
Suite 4000
Detroit, MI 48226
(800) 443-7187 ext. [Phone]

CoCode: 93777
Group Code: 352
Group Name:
FEIN Number: 38-2341728

State of Domicile: Michigan
Company Type:
State ID Number:

Filing Fees

Fee Required?	Yes
Fee Amount:	$50.00
Retaliatory?	No
Fee Explanation:	$50.00 filing fee per submission
Per Company:	No

COMPANY	AMOUNT	DATE PROCESSED	TRANSACTION #
Household Life Insurance Company	$50.00	03/09/2009	26265853

Correspondence Summary

Dispositions

Status	Created By	Created On	Date Submitted
Approved-Closed	Linda Bird	03/13/2009	03/13/2009

Disposition

Disposition Date: 03/13/2009

Implementation Date:

Status: Approved-Closed

Comment:

Rate data does NOT apply to filing.

SERFF Tracking Number:	*HHRN-126062049*	*State:*	*Arkansas*
Filing Company:	*Household Life Insurance Company*	*State Tracking Number:*	*41787*
Company Tracking Number:	*09-005-AR*		
TOI:	*L08 Life - Other*	*Sub-TOI:*	*L08.000 Life - Other*
Product Name:	*Dependent Child and Secondary Insured Term Benefit Riders-Spanish Filing*		
Project Name/Number:	*Dependent Child and Secondary Spanish Rider Filing/*		

Schedule	Schedule Item	Schedule Item Status	Public Access
Supporting Document	Flesch Certification		Yes
Supporting Document	Application		No
Supporting Document	Approved English Documents		Yes
Form	Rider		Yes
Form	Rider		Yes

Form Schedule

Lead Form Number: HLI-8R-199-1108 SP

Schedule Item Status	Form Number	Form Type	Form Name	Action	Action Specific Data	Readability	Attachment
	HLI-8R-199-1108 SP	Policy/Contract/Fraternal Certificate: Amendment, Insert Page, Endorsement or Rider		Initial		0.000	HLI-8R-199-1108 SP.pdf
	HLI-8R-200-1108 SP	Policy/Contract/Fraternal Certificate: Amendment, Insert Page, Endorsement or Rider		Initial		0.000	HLI-8R-200-1108 SP.pdf

HOUSEHOLD LIFE INSURANCE COMPANY

(Denominada en este documento “nosotros” y los pronombres pertinentes)
[Oficina Administrativa: 200 Somerset Corporate Blvd., Suite 100, Bridgewater, NJ 08807
Sede: 500 Woodward Avenue, Suite 4000, Detroit, MI 48226-3425
800-443-7187][www.com]

CLÁUSULA ADICIONAL DE BENEFICIO POR HIJO DEPENDIENTE

Hemos emitido está cláusula adicional como parte de la Póliza a la cual se adjunta. Todo pago conforme a esta Cláusula Adicional está sujeto a las disposiciones de esta Cláusula Adicional y de la Póliza. Si términos definidos en la Póliza se nombran pero no se definen en esta Cláusula Adicional, regirán los términos definidos en la Póliza. En caso de conflicto entre esta Cláusula Adicional y la Póliza, regirán las disposiciones de esta Cláusula Adicional.

Esta Cláusula Adicional entrará en vigor a las 12:01 a.m. de la Fecha de Emisión de la Cláusula Adicional.

Como contraprestación a Su pago de las Primas indicadas en la Página de Datos de la Póliza, Nosotros le pagaremos a Usted un Beneficio por Hijo Dependiente, tal y como se indica en la Página de datos de la Póliza, tras el fallecimiento de un hijo dependiente tal y como se define más adelante, sujeto a los términos y condiciones de esta Cláusula Adicional y de la Póliza a la cual ésta se adjunta.

DEFINICIONES

Hijo Dependiente. A efectos de esta Cláusula Adicional, un Hijo Dependiente es todo hijo natural, adoptado legalmente o hijo Suyo soltero [o hijo de Su Pareja Doméstica][o hijo de su Pareja en Unión Civil] [o hijo de su Cónyuge del Mismo Sexo] que: (1) tenga al menos 15 días, pero no más de [23] años de edad; y que (2) sea elegible para ser declarado como dependiente en su Declaración Federal de Impuestos anual más reciente.

[**Pareja en Unión Civil.** Una persona del mismo sexo que Usted y con la que Usted ha establecido una unión legalmente reconocida.]

[**Pareja Doméstica.** Una persona a la que Usted está unida mediante un vínculo de pareja doméstica legalmente reconocido.]

[**Cónyuge del Mismo Sexo.** Una persona del mismo sexo que Usted y con la que Usted ha establecido un vínculo matrimonial legalmente reconocido.]

“Usted” o “Su” hacen referencia al Asegurado, también llamado Propietario.

EXCLUSIONES

No se pagará el beneficio si el fallecimiento del Hijo Dependiente es causado o al cual han contribuido por completo o en parte cualquiera de las siguientes circunstancias:

1. Servicio Militar Activo; o
2. Abuso de medicamentos recetados o no; o
3. Intoxicación causada por el uso, absorción o inhalación de cualquier veneno, producto químico, gas, narcótico o alcohol; o
4. Mala Conducta Criminal; o
5. Suicidio dentro de un plazo de dos años desde la fecha de vigencia de esta Cláusula Adicional.

PAGO DEL BENEFICIO POR HIJO DEPENDIENTE

Si un Hijo Dependiente, tal y como se definió anteriormente, fallece y Usted es elegible para recibir un Beneficio por Hijo Dependiente, los beneficios serán pagados del modo indicado en la Página de Datos de la Póliza. Un Beneficio por Hijo Dependiente, pagado tras el fallecimiento de un hijo dependiente de edad comprendida entre 15 días y 6 meses, será de un monto equivalente a la mitad del Beneficio por Hijo Dependiente indicado en la Página de Datos de la Póliza.

AVISO Y PRUEBA DE LA RECLAMACIÓN

Como aviso y prueba de la reclamación, Nosotros deberemos recibir una copia certificada del acta de defunción del Hijo Dependiente.

CONVERSIÓN DEL SEGURO SOBRE HIJOS DEPENDIENTES

El seguro conforme a esta Cláusula Adicional sobre cada Hijo Dependiente puede convertirse en cualquier momento, mientras esta Cláusula Adicional se encuentre en vigor, en un plan de seguro de vida entera sin tener que presentar prueba de asegurabilidad una vez que el Hijo Dependiente cumpla [18] años de edad. La póliza de vida entera será emitida a la clase de tarifación estándar para la edad y sexo de cada Hijo Dependiente con una cantidad de cobertura igual a la cobertura proporcionada por esta Cláusula Adicional tal y como se indica en la Página de

Datos de la Póliza. Se debe recibir en nuestra Oficina Administrativa una solicitud [por escrito] para la nueva póliza antes de la fecha en que termine el seguro conforme a esta Cláusula Adicional. La fecha de vigencia de la nueva póliza será el día posterior al de la terminación del seguro sobre cada Hijo Dependiente conforme a esta cláusula adicional. En caso de que la póliza sobre Hijo Dependiente se convierta en una póliza de vida entera, se aplicarán primas adicionales.

SEGURO DE VIDA TEMPORAL LIBERADO DE PRIMA

Nosotros convertiremos la cobertura de cada Hijo Dependiente que se encuentre entonces en vigor a un Seguro de Vida Temporal Liberado de Prima tras el fallecimiento del Asegurado si:

1. el Asegurado fallece antes de la fecha de terminación de esta Cláusula Adicional; y
2. la Póliza y la Cláusula Adicional se encuentran en vigor.

El seguro liberado de prima será pagado en la fecha que sea anterior entre:

1. la fecha en que el Hijo Dependiente cumpla [23] años de edad; o
2. la fecha de terminación de esta Cláusula Adicional.

Para poder ejercer este privilegio de conversión, Nosotros debemos recibir esta Cláusula Adicional, una copia certificada de Su acta de defunción y prueba de elegibilidad para cada Hijo Dependiente en un plazo de [60 días] desde la resolución de la reclamación. El Seguro Liberado de Prima sobre todo Hijo Dependiente no será contestado después de que haya estado en vigor dos años durante la vida de ese hijo. El período de dos años incluye el período en que dicha cobertura por Hijo Dependiente estuvo en vigor conforme a esta Cláusula Adicional antes de la fecha en que el seguro Liberado de Prima entre en vigor. El seguro de vida temporal liberado de prima no estará disponible si (1) el Asegurado comete suicidio en un plazo de dos años desde la fecha de vigencia de esta Cláusula Adicional; o (2) si la Póliza termina. El Hijo Dependiente será el Propietario de su seguro Liberado de Prima si alcanzó la mayoría de edad al momento del fallecimiento del Asegurado. De no ser así, el Propietario será el custodio legal del Hijo Dependiente.

REHABILITACIÓN

En el caso de que esta Póliza caduque y sea luego rehabilitada, ningún seguro estará disponible conforme a esta Cláusula Adicional hasta que Nosotros recibamos prueba de elegibilidad aceptable para cada Hijo Dependiente. Si Nosotros no recibimos prueba de asegurabilidad para cada Hijo Dependiente al momento de la rehabilitación, la Póliza será endosada de modo que indique que el Hijo Dependiente no está asegurado conforme a esta Cláusula Adicional.

INCONTESTABILIDAD

Salvo en caso de falta de pago de las primas, no contestaremos esta Cláusula Adicional en lo referente al seguro sobre todo Hijo Dependiente una vez haya estado en vigor por un período de dos años desde la fecha que sea posterior entre:

1. la Fecha de la Póliza tal y como aparece en la página de Datos de la Póliza; o
2. la fecha de Vigencia de esta Cláusula Adicional; o
3. la fecha de la última Rehabilitación, de haberla.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura sobre cada Hijo Dependiente terminará en la fecha que sea anterior entre:

1. ElAniversario de la Póliza posterior a la fecha en que el Hijo Dependiente cumpla [23] años de edad; o
2. La fecha en que el seguro proporcionado por esta Cláusula Adicional se convierta del modo indicado anteriormente.

La cobertura sobre todos los dependientes terminará en la fecha que sea anterior entre:

1. El día del primer aniversario de la Póliza posterior a la fecha en que usted cumpla [95] años de edad; o
2. La fecha en que el Propietario cancele la Póliza o esta Cláusula Adicional enviando una solicitud por escrito a nuestra Oficina Administrativa.

   Nos reservamos el derecho a requerir la Póliza para endosar la cancelación; o
3. La fecha en que termine la Póliza por cualquier otro motivo.

[

Firmado

Patrick A. Cozza
Presidente y Director General

Firmado

Anthony J. Del Piano
Secretario

]

HOUSEHOLD LIFE INSURANCE COMPANY

(Denominada en este documento “nosotros” y los pronombres pertinentes)
[Sede: 500 Woodward Avenue, Suite 4000, Detroit, MI 48226-3425
Oficina Administrativa: 200 Somerset Corporate Blvd., Suite 100, Bridgewater, NJ 08807
800-443-7187][www.com]

CLÁUSULA ADICIONAL DE BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL DEL ASEGURADO SECUNDARIO

SI ESTA CLÁUSULA ADICIONAL SE EMITE DESPUÉS DE LA FECHA DE LA PÓLIZA INDICADA EN LA PÁGINA DE DATOS DE LA PÓLIZA, EL PERÍODO DE EXCLUSIÓN POR SUICIDIO E INCONTESTABILIDAD SERÁ DISTINTO AL DE LAS DISPOSICIONES SOBRE SUICIDIO E INCONTESTABILIDAD INDICADAS EN LA PÓLIZA Y EMPEZARÁN EN LA FECHA DE VIGENCIA DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL.

Hemos emitido está cláusula adicional como parte de la Póliza a la cual se adjunta. Todo pago conforme a esta Cláusula Adicional está sujeto a las disposiciones de esta Cláusula Adicional y de la Póliza. Si términos definidos en la Póliza se nombran pero no se definen en esta Cláusula Adicional, regirán los términos definidos en la Póliza. En caso de conflicto entre esta Cláusula Adicional y la Póliza, regirán las disposiciones de esta Cláusula Adicional.

Esta Cláusula Adicional entrará en vigor a las 12:01 a.m. de la Fecha de Emisión de la Cláusula Adicional.

Como contraprestación a (1) Su pago de las Primas indicadas en la Página de Datos de la Póliza y (2) la solicitud de esta Cláusula Adicional, una copia de la cual se adjunta a la Póliza, Nosotros pagaremos al Beneficiario el Beneficio indicado en la Página de Datos de la Póliza, tras el fallecimiento del Asegurado Secundario tal y como se define más adelante, sujeto a los términos y condiciones de esta Cláusula Adicional y de la Póliza a la cual ésta se adjunta.

DEFINICIONES

Beneficiario- La persona o personas a las que se pagará la indemnización de la Cláusula Adicional tras el fallecimiento del Asegurado Secundario. A menos que se indique algo distinto en la solicitud o que se produzca un cambio posterior, el Beneficiario de esta Cláusula Adicional será el Asegurado, si se encontrase con vida; de otra manera, el Beneficiario será el Caudal Hereditario del Asegurado Secundario. Si el Beneficiario es una sociedad, toda indemnización será pagada a la sociedad tal y como ésta esté constituida al momento del fallecimiento del Asegurado Secundario.
Beneficio – La cantidad de seguro para esta Cláusula Adicional indicada en la Página de Datos de la Póliza.
Asegurado- La persona cuya vida asegura la Póliza y que aparece nombrada en la Página de Datos de la Póliza.
Asegurado Secundario – La persona cuya vida asegura esta Cláusula Adicional e incluye lo siguiente:

[1. **Pareja en Unión Civil** – Una persona del mismo sexo que Usted y con la que Usted ha establecido una unión legalmente reconocida.]
[2. **Pareja Doméstica**- Una persona a la que Usted está unida mediante un vínculo de pareja doméstica legalmente reconocido.]
[3. **Cónyuge del Mismo Sexo** – Una persona del mismo sexo que Usted y a la que Usted está unida mediante un vínculo matrimonial legalmente reconocido.]
4. **Cónyuge**-La persona del sexo opuesto con la que Usted está legalmente casado.

Usted o Su- El Propietario de la Póliza. A menos que Usted Nos indique algo distinto, el Propietario es el Asegurado.

BENEFICIO

Pagaremos el Beneficio al Beneficiario de esta Cláusula Adicional una vez recibida una copia certificada del acta de defunción del Asegurado Secundario antes de la expiración de esta Cláusula Adicional y mientras la Cláusula Adicional se encuentre vigente. El Beneficio nunca excederá el monto de la póliza básica.

DISPOSICIONES GENERALES

Declaración incorrecta de la edad o sexo- Si la edad o el sexo del Asegurado Secundario ha sido declarada incorrectamente en la solicitud, Nosotros sólo seremos responsables por la cantidad de seguro que las primas pagadas hubiesen obtenido para la edad y sexo correctos, esta cantidad no será superior al valor nominal de la póliza básica.

Incontestabilidad- Salvo en caso de falta de pago de las primas, no contestaremos esta Cláusula Adicional en lo referente al seguro sobre el Asegurado Secundario una vez haya estado en vigor por un período de dos años desde la fecha que sea posterior entre:

1. la Fecha de la Póliza indicada en la página de Datos de la Póliza; o
2. la fecha de Vigencia de esta Cláusula Adicional; o
3. la fecha de la última Rehabilitación, de haberla.

Exclusión por Suicidio- Si el Asegurado Secundario comete suicidio, en pleno uso de sus facultades mentales o no, dentro de un plazo de dos años desde la Fecha de Vigencia de esta Cláusula Adicional, Nosotros sólo seremos responsables de la devolución de las primas pagadas.

Pago de la Indemnización – Se Nos deberá enviar a Nuestra Oficina Administrativa una copia certificada del acta de defunción del Asegurado Secundario junto con la Cláusula Adicional de Beneficio de Seguro de Vida Temporal del Asegurado Secundario.

Opción de Conversión – Si el Asegurado fallece, el seguro conforme a esta Cláusula Adicional sobre el Asegurado Secundario podrá convertirse en una póliza de seguro de vida entera sin tener que proporcionar prueba de asegurabilidad. La póliza de vida entera será emitida a la clase de tarifación estándar para la edad y sexo del Asegurado Secundario con una cantidad de cobertura igual a la cobertura proporcionada por esta Cláusula Adicional tal y como se indica en la Página de Datos de la Póliza. Se debe recibir en nuestra Oficina Administrativa una solicitud [por escrito] para la nueva paliza en un plazo de [60 días] desde la resolución de la reclamación relativa al fallecimiento del Asegurado. La fecha de vigencia de la nueva póliza será el día posterior al de la terminación del seguro sobre el Asegurado Secundario conforme a esta Cláusula Adicional. En caso de que la póliza sobre el Asegurado Secundario convierta a una póliza de vida entera, se aplicarán primas adicionales.

Terminación- Esta Cláusula Adicional terminará y no seguirá en vigor:

1. si alguna prima permanece insoluta después de la terminación del período de gracia; o
2. en la fecha en que Usted cancele esta Cláusula Adicional o la Póliza al enviar una solicitud por escrito a nuestra Oficina Administrativa. Nos reservamos el derecho a requerir la Póliza para endosar la cancelación; o
3. en la fecha en que termine la Póliza por cualquier otro motivo; o
4. en la fecha en la que el Asegurado Secundario cumpla [95] años de edad.

[Firmado Firmado

Patrick A. Cozza
Presidente y Director General

Anthony J. Del Piano
Secretario]

Supporting Document Schedules

Item Status: **Status Date:**

Satisfied - Item: Flesch Certification

Comments:

Compliance Certification attached.

Attachments:

STATE OF AR CERTIFICATION.pdf

C-6-026 Ed. 03_04 SP.pdf

Item Status: **Status Date:**

Bypassed - Item: Application

Bypass Reason: Not applicable to this filing as this is a rider filing.

Comments:

Item Status: **Status Date:**

Satisfied - Item: Approved English Documents

Comments:

Approved English documents attached.

Attachments:

01-14-09 HLI-8R-199-1108-final draft.pdf

12-18-08 HLI-8R-200-1108-final draft.pdf

STATE OF ARKANSAS

CERTIFICATION OF COMPLIANCE

Company Name: HOUSEHOLD LIFE INSURANCE COMPANY

Form Numbers: HLI-8R-199-1108 SP, HLI-8R-200-1108 SP

I hereby certify that to the best of my knowledge and belief, the above form(s) and submission complies with Reg. 19, as well as the other laws and regulations of the State of Arkansas.

Michael Palace

Michael Palace ASA, MAAA- Assistant Vice President / Product Design and Pricing

March 9, 2009
Date

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES CONFORME A LA LEY DE LA ASOCIACIÓN GARANTE DE SEGUROS DE VIDA Y MÉDICOS DE ARKANSAS

Los residentes de este estado que compren seguros de vida, médicos y de accidente, o anualidades, deben saber que las compañías de seguros con licencia en este estado para emitir estos tipos de seguros son miembros de la Asociación Garante de Seguros de Vida y Médicos de Arkansas (Arkansas Life and Health Insurance Guaranty Association) ("Asociación Garante"). El objetivo de la Asociación Garante es el de garantizar que los propietarios de pólizas o contratos estén protegidos, dentro de ciertos límites, en el caso improbable de que una compañía de seguros miembro sea incapaz de cumplir con sus obligaciones financieras. Si ello sucediera, la Asociación Garante gravará a las demás compañías de seguros miembro el dinero necesario para pagar las reclamaciones de los propietarios de las pólizas que viven en este estado y, en algunos casos, para mantener la cobertura vigente. Sin embargo, la valiosa protección adicional ofrecida por las compañías de seguros miembro a través de la Asociación Garante no es ilimitada. Y tal y como se indica en el cuadro inferior, esta protección no es un sustituto de la atención que el consumidor debe prestar para escoger compañías de seguros que estén bien administradas y que sean financieramente estables.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Es posible que la Asociación Garante de Seguros de Vida y Médicos de Arkansas ("Asociación Garante") no proporcione cobertura para esta póliza. Si se proporciona cobertura, ésta puede estar sujeta a limitaciones o exclusiones considerables y exigiría la residencia continua este estado. Usted no debe depender de la cobertura por parte de la Asociación Garante a la hora de comprar una póliza o contrato de seguro.

NO se proporciona cobertura para su póliza o contrato ni para ninguna parte de los mismos que no esté garantizada por la compañía de seguros o por la que usted haya asumido el riesgo, tales como cantidades no garantizadas en una cuenta separada conforme a un contrato de seguro de vida variable o un contrato de anualidades variable.

Las compañías de seguros o sus agentes por ley deben proporcionarle este aviso. Sin embargo, la ley prohíbe que las compañías de seguros y sus agentes utilicen la existencia de la Asociación Garante con el fin de inducirlo a la compra de cualquier clase de póliza de seguro.

The Arkansas Life and Health Insurance Guaranty Association
c/o The Liquidation Division
1023 West Capitol
Little Rock, Arkansas 72201

Arkansas Insurance Department
1200 West Third Street
Little Rock, Arkansas 72201-1904

La ley estatal que proporciona esta cobertura de seguridad se llama Ley de la Asociación Garante de Seguros de Vida y Médicos de Arkansas ("Ley"). A continuación aparece un breve resumen de las coberturas, exclusiones y límites de la Ley. Este resumen no cubre todas las disposiciones de la Ley; tampoco cambia de ninguna forma los derechos y obligaciones de nadie conforme con la Ley ni los derechos u obligaciones de la Asociación Garante.

COBERTURA

Por lo general, las personas estarán protegidas por la Asociación Garante si viven en este estado y tienen un contrato o una póliza de seguro de vida, médico o una anualidad, o si están asegurados bajo un contrato de seguro colectivo emitido por una compañía de seguros miembro. Los beneficiarios, perceptores o cesionarios de los propietarios de la póliza o contrato también están protegidos, incluso si viven en otro estado.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

Sin embargo, los propietarios de dichas pólizas NO estarán protegidas por la Asociación Garante si:

- son elegibles para recibir protección conforme a las leyes de otro estado (esto puede ocurrir cuando la compañía aseguradora insolvente fue incorporada en otro estado cuya asociación garante protege a asegurados que viven fuera de dicho estado);
- la compañía aseguradora no estaba autorizada para operar en este estado;
- su póliza o contrato fue emitido por un hospital u organización de servicios médicos no lucrativa, una organización para el mantenimiento de la salud (HMO), una sociedad de beneficios fraternales, un fondo común estatal obligatorio, una compañía de

gravámenes mutua o plan similar en el que el propietario de la póliza o contrato está sujeto a gravámenes futuros, o por un intercambio de seguros.

La Asociación Garante TAMPOCO proporcionará cobertura para:

- Cualquier póliza o contrato ni para ninguna parte de los mismos que no esté garantizada por la compañía de seguros o por la que el propietario haya asumido el riesgo, tales como cantidades no garantizadas en una cuenta separada conforme a un contrato de seguro de vida variable o un contrato de anualidades variable;
- pólizas de reaseguro (a menos que se haya expedido un certificado de asunción);
- Rendimientos de tasa de interés que superen una tasa promedio;
- Dividendos y derechos de voto, y créditos de tarifación ajustada a los antecedentes del asegurado;
- Créditos otorgados en conexión con la administración de una póliza por un titular del contrato colectivo;
- Planes de empresarios en la medida en que estén autofinanciados (es decir, que no estén asegurados por una compañía de seguros, incluso cuando una compañía de seguros los administre);
- Contratos de anualidades no asignados (los cuales concedan derechos a titulares de contratos colectivos, pero no a personas individuales).
- Contratos de anualidades no asignados emitidos en conexión con planes de beneficios protegidos por la Corporación Federal de Beneficios de Pensiones de Jubilación ("Federal Pension Benefit Corporation" o "FPBC" por sus siglas en inglés) (tanto si la FPBC ya es responsable de los mismos como si no);
- Partes de un contrato de anualidades no asignado que no sea propiedad de un plan de beneficios o de una lotería del gobierno (a menos que el propietario sea un residente) o emitidas a un fideicomiso de inversión colectiva o fondo común similar ofrecido por un banco u otra institución financiera;
- Partes de una póliza o contrato en la medida en que las tasaciones requeridas por la ley para la Asociación Garante estén prohibidas por la ley federal o estatal;
- Obligaciones que no surjan de conformidad con la póliza o contrato, incluyendo reclamaciones basadas en materiales publicitarios o cartas acompañantes, cláusulas adicionales u otros documentos que no cumplan los requisitos para la presentación de la reclamación, reclamaciones por declaraciones falsas en la póliza o reclamaciones no contractuales o para obtener una penalidad;
- Acuerdos contractuales que establecen las obligaciones de la compañía aseguradora miembro de proporcionar garantías contables del valor en libros para participantes en planes de beneficios de jubilación de contribución definida (mediante referencia a una cartera de activos propiedad de un plan de beneficios no afiliado o de sus fiduciarios).

LÍMITES DE LA CANTIDAD DE COBERTURA

La Ley también limita la cantidad que la Asociación Garante está obligada a cubrir. La Asociación Garante no puede pagar más de lo que la compañía de seguros hubiera debido pagar de acuerdo a la póliza o contrato. También, por cualquier vida asegurada única, la Asociación Garante pagará un máximo de $300,000, independientemente del número de pólizas y contratos que hubiera con la misma compañía, incluso si proporcionaban distintos tipos de cobertura. Dentro de este límite global de $300,000, la Asociación no pagará más de $300,000 en beneficios por seguro médico, $300,000 en valor presente de los beneficios de las anualidades; o $300,000 en beneficios por fallecimiento de un seguro de vida o valores netos de rescate en efectivo, una vez más, independientemente del número de pólizas y contratos que haya con la misma compañía y de cuántos tipos de cobertura distintos haya. Hay un límite de $1,000,000 con respecto a cualquier titular de un contrato para beneficios de anualidades no asignadas, independientemente del número de contratos mantenidos por el titular del contrato. Estas son limitaciones a las que la Asociación Garante está obligada a respetar antes de tomar en cuenta sus propios derechos de subrogación y cesión o la cantidad de esos beneficios que podrían pagarse con los activos de la compañía aseguradora con problemas financieros o de insolvencia.

HOUSEHOLD LIFE INSURANCE COMPANY

(Herein called "we" or "our")
[Administrative Office: 200 Somerset Corporate Blvd., Suite 100, Bridgewater, NJ 08807
Home Office: 500 Woodward Avenue , Suite 4000, Detroit, MI 48226-3425
800-443-7187][www.com]

DEPENDENT CHILD BENEFIT RIDER

We have issued this Rider as a part of the Policy to which it is attached. Any payment under this Rider is subject to the provisions of this Rider and the Policy. If defined Policy terms are stated but not defined within this Rider, the defined Policy terms will control. In case of conflict between this Rider and the Policy, the provisions of this Rider will control.

This Rider is effective at 12:01 A.M. on the Rider Date of Issue.

In consideration for Your payment of the Premiums as shown on the Policy Data Page of the Policy; We will pay You a Dependent Child Benefit, as shown on the Policy Data Page of the Policy, upon the death of a dependent child as defined below, subject to the terms of this Rider and the Policy to which is attached.

DEFINITIONS

Dependent Child. For the purposes of this Rider, a Dependent Child is any unmarried natural, legally adopted, or child of Yours [or child of Your Domestic Partner][or child of Your Civil Union Partner] [or child of a Same Sex Marriage Partner] who: (1) is at least 15 days old, but not more than [23] years old; and (2) is eligible to be declared as a dependent on Your most recent annual Federal Tax return.

[**Civil Union Partner.** An individual who is of Your same sex and with whom You have established a legally recognized union.]

[**Domestic Partner.** An individual who is joined in a legally recognized domestic partnership with You.]

[**Same Sex Marriage Partner.** An individual who is of Your same sex and with whom You are in a legally recognized marriage.]

"You" or "Your" refer to the Insured, also called the Owner.

EXCLUSIONS

The benefit will not be paid if the Dependent Child's death is caused or contributed to in whole or in part by any of the following:

1. Active Duty Military Service; or
2. Abuse of Non-prescribed or Prescribed drugs; or
3. Intoxication, due to taking, absorbing, or inhaling of any poison, chemical, gas, narcotic or alcohol; or
4. Criminal Misconduct; or
5. Suicide, within 2 years of the effective date of this Rider.

PAYMENT OF DEPENDENT CHILD BENEFIT

If a Dependent Child, as defined above, dies and You are eligible to receive a Dependent Child Benefit, benefits will be paid as shown on the Policy Data Page of the Policy. A Dependent Child Benefit, which is paid upon the death of a dependent child between the ages of 15 days and 6 months, will be one-half of the Dependent Child Benefit as shown on the Policy Data Page of the Policy.

NOTICE AND PROOF OF CLAIM

As notice and proof of a claim, We must be given a certified copy of the Dependent Child's death certificate.

CONVERSION OF INSURANCE ON DEPENDENT CHILD

The insurance under this Rider on each Dependent Child can be converted, while this Rider is in force, to a whole life plan at any time without providing proof of insurability once the Dependent Child has reached age [18]. The whole life policy will be issued at the standard rating class for the sex and attained age of each Dependent Child with an amount of coverage equal to the coverage provided by this Rider as shown on the Policy Data Page of the Policy. A [written] application for the new policy must be received at our Administrative Office no later than the date the insurance under this Rider ends. The effective date of the new policy will be the day after the insurance on each Dependent Child under this rider ends. In the event the Dependent Child converts to a whole life policy, additional premiums will apply.

PAID-UP TERM INSURANCE

We will convert each Dependent Child's coverage then in force to Paid-up Term insurance at the death of the Insured if:

1. the Insured dies before the termination date of this Rider; and
2. the Policy and Rider are in force.

The paid-up insurance shall be paid up to the earlier of:

1. the Dependent Child's [23rd] birthday; or
2. the termination date of this Rider.

To exercise this conversion privilege, We must receive this Rider, a certified copy of Your death certificate and proof of eligibility for each Dependent Child within [60 days] of the resolution of the claim. Paid-up Insurance on any Dependent Child will not be contested after insurance has been in force, during the lifetime of that child, for two years. The two years includes the period that such Dependent Child's coverage was in force under this Rider prior to the date the Paid-up insurance becomes effective. Paid-up term insurance will not be available if (1) the Insured dies by suicide within two years after the effective date of this Rider, or (2) if the Policy is terminated. The Dependent Child will be the Owner of his or her Paid-up insurance if he or she has reached the age of majority at the death of the Insured. Otherwise, the legal guardian of the Dependent Child will be the Owner.

REINSTATEMENT

In the event this Policy lapses and is then reinstated, no insurance will be available under this Rider until We receive acceptable evidence of eligibility for each Dependent Child. If We do not receive evidence of eligibility for each Dependent Child at the time of reinstatement, the Policy will be endorsed to show that the Dependent Child is not insured under this Rider.

INCONTESTABILITY

Except for non-payment of premium, We will not contest this Rider with respect to the insurance on any Dependent Child after it has been in force for a period of two years from the later of:

1. the Policy Date as shown on the Policy Data page; or
2. the Effective Date of this Rider; or
3. the date of the last Reinstatement, if any.

COVERAGE TERMINATION

The coverage on each Dependent Child will end on the earlier of:

1. The Policy Anniversary date following the child's [23rd] birthday; or
2. The date the insurance provided by this Rider is converted as described above.

The coverage on all dependents will end on the earliest of:

1. The day of the first Policy anniversary after Your [95th] birthday; or
2. The date the Owner cancels either the Policy or this Rider by sending a written request to our Administrative Office. We reserve the right to require the Policy for endorsement of the cancellation; or
3. The date the Policy ends for any other reason.

[

Signed

Patrick A. Cozza
Chief Executive Officer and President

Signed

Anthony J. Del Piano
Secretary

]

HOUSEHOLD LIFE INSURANCE COMPANY

(Herein called "we", "us", "our")
[Home Office: 500 Woodward Avenue, Suite 4000, Detroit, MI 48226-3425
Administrative Office: 200 Somerset Corporate Blvd., Suite 100, Bridgewater, NJ 08807
800-443-7187][www.com]

SECONDARY INSURED TERM BENEFIT RIDER

IF THIS RIDER IS ISSUED AFTER THE POLICY DATE STATED ON THE POLICY DATA PAGE, THE SUICIDE AND INCONTESTABILITY EXCLUSIONARY PERIOD WILL BE DIFFERENT FROM THE SUICIDE AND INCONTESTABILITY PROVISIONS STATED IN THE POLICY AND WILL BEGIN ON THE EFFECTIVE DATE OF THIS RIDER.

We have issued this Rider as a part of the Policy to which it is attached. Any payment under this Rider is subject to the provisions of this Rider and the Policy. If defined Policy terms are stated and not defined within this Rider the defined Policy terms will control. In case of conflict between this Rider and the Policy, the provisions of this Rider will control.

This Rider is effective at 12:01 A.M. on the Rider Date of Issue.

In consideration for (1) Your payment of the Premiums as shown on the Policy Data Page of the Policy and (2) the application for this Rider, a copy of which is attached to the Policy, We will pay the Beneficiary a Benefit as shown on the Policy Data Page of the Policy, upon the death of the Secondary Insured as defined below, subject to the terms of this Rider and the Policy to which it is attached.

DEFINITIONS

Beneficiary- The person(s) to whom the Rider proceeds are payable upon the death of the Secondary Insured. Unless otherwise stated in the application or later changed, the Beneficiary of this Rider will be the Insured, if living; otherwise the estate of the Secondary Insured. If the Beneficiary is a partnership, any proceeds will be paid to the partnership as it existed at the time of the Secondary Insured's death.
Benefit - The amount of insurance for this Rider shown on the Policy Data Page of the Policy.
Insured- The person whose life the Policy insures and who is named on the Policy Data Page of the Policy.
Secondary Insured - The person whose life this Rider insures, and includes the following:

[1. **Civil Union Partner** – An individual who is of Your same sex and with whom You have established a legally recognized union.]
[2. **Domestic Partner**- An individual whom is joined in a legally recognized domestic partnership with You.]
[3. **Same Sex Marriage Partner** – An individual who is of Your same sex and with whom You are in a legally recognized marriage.]
4. **Spouse**-The person who is legally married to You and is of the opposite sex.

You or Your- The Owner of the Policy. Unless You tell Us otherwise, the Owner is the Insured.

BENEFIT

We will pay the Benefit, to the Beneficiary of this Rider upon receiving a certified copy of the Secondary Insured's death certificate before the termination of this Rider and while the Rider was in force. The Benefit will never exceed the base policy amount.

GENERAL PROVISIONS

Misstatement of Age and Sex- If the age or sex of the Secondary Insured has been misstated in the application; We will be liable only for the amount of insurance the premiums paid would have purchased for the correct age and sex, the amount will not be more than the face amount of the base policy.
Incontestability- Except for non-payment of premium, We will not contest this Rider with respect to the insurance on the Secondary Insured after it has been in force for a period of two years from the later of:

1. the Policy Date shown on the Policy Data page; or
2. the Effective Date of this Rider; or
3. the date of the last Reinstatement if any.

Suicide Exclusion- If the Secondary Insured dies by suicide, while sane or insane, within two years of the Effective Date of this Rider, We are only liable for the premiums paid.

Payment of Proceeds – A certified copy of the Secondary Insured's death certificate along with the Secondary Insured Term Benefit Rider must be sent to Us at Our Administrative Office.

Conversion Option - The insurance under this Rider on the Secondary Insured can be converted to whole life policy, without providing proof of insurability, in the event the Insured dies. The whole life policy will be issued at the standard rating class for the sex and attained age of the Secondary Insured with an amount of coverage equal to the coverage provided by this Rider as shown on the Policy Data Page of the Policy. A [written] application for the new policy must be received at our Administrative Office within [60 days] of the resolution of the claim regarding the death of the Insured. The effective date of the new policy will be the day after the insurance on the Secondary Insured under this Rider ends. In the event the Secondary Insured converts to a whole life policy, additional premiums will apply.

Termination- This Rider shall terminate and no longer be in force:

1. if any premium remains unpaid after the end of the grace period; or
2. on the date You cancel either this Rider or the Policy by sending a written request to our Administrative Office. We reserve the right to require the Policy for endorsement of the cancellation; or
3. the date the Policy ends for any other reason; or
4. on the date the Secondary Insured reaches age [95].

Signed

[

Patrick A. Cozza
Chief Executive Officer and President

Signed

Anthony J. Del Piano
Secretary

]