

Si los beneficios de su seguro terminan, usted es elegible para continuar con el seguro de vida voluntario/complementario y de vida para dependientes. A excepción de la opción de compra adicional, esto se puede realizar conforme a la tarifa para su edad indicada al dorso, independientemente de su condición física. La opción de compra adicional requiere pruebas satisfactorias de asegurabilidad si la fecha de entrada en vigor de la póliza grupal de su empleador es el 4/1/03 o una fecha posterior. Debe solicitar la continuación de la cobertura dentro de los 31 días calendario a partir de la fecha de terminación de la cobertura. Para obtener información acerca del monto máximo de cobertura con el que puede continuar, consulte su certificado. Para presentar la solicitud, haga lo siguiente:

- Complete la parte 2 de esta solicitud de portabilidad. Asegúrese de que su empleador haya completado la parte 1. Las tarifas de primas y las instrucciones para calcular la prima se encuentran al dorso de este formulario.
- Envíe por correo, a la dirección indicada al dorso, la solicitud completa **junto con su cheque o giro postal** correspondiente a la prima inicial modal, dentro de los 31 días calendario a partir de la fecha de terminación de la cobertura.

**Parte 1 DEBE COMPLETARLA EL EMPLEADOR. (Junto con esta solicitud, se debe presentar una copia de las pruebas originales de asegurabilidad aprobadas).**

Número de grupo		Nombre del empleador		Razón de la terminación <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Lesión <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Otra:	
Fecha de finalización del empleo	Fecha de terminación de cobertura	Último día de trabajo			
Tipo de seguro para la cobertura de seguro de vida básico		Salario anual para la cobertura de seguro de vida básico (si se basa en el salario)		Fecha de contratación	
El <b>empleado</b> cuenta con lo siguiente: Seguro de vida voluntario/complementario: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto \$ _____ Seguro de vida para dependientes voluntario/complementario: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto \$ _____				Firma de la persona autorizada a certificar por el grupo	
El <b>cónyuge</b> cuenta con lo siguiente: Seguro de vida voluntario/complementario: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto \$ _____ Seguro de vida para dependientes voluntario/complementario: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto \$ _____				Número de teléfono	
Qué tarifa paga actualmente el asegurado: <input type="checkbox"/> Fumador <input type="checkbox"/> No fumador				Fecha	
Qué tarifa paga actualmente el cónyuge: <input type="checkbox"/> Fumador <input type="checkbox"/> No fumador				Correo electrónico	

**Parte 2 DEBE COMPLETARLA EL ASEGURADO. Escriba a máquina o con bolígrafo en letra de imprenta.**

De conformidad con los términos y las condiciones de la estipulación sobre portabilidad presente en mi certificado y sujeto a dichos términos y condiciones, opto por continuar con mi cobertura bajo la póliza grupal y acepto pagar por la cobertura detallada a continuación.

Nombre (Apellido)		(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	N.º del Seguro Social	Sexo	Número de teléfono	
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal		
Fecha de nacimiento	Última fecha de trabajo activo		Correo electrónico				
Nombre del cónyuge (Apellido)		(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	Sexo del cónyuge	Fecha de nacimiento del cónyuge		
Razón de la terminación <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Lesión <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Otra:							
Deseo continuar con lo siguiente:			<b>Empleado</b>		<b>Cónyuge</b>		
<input type="checkbox"/> Seguro de vida voluntario/complementario			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto \$ _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto \$ _____		
<input type="checkbox"/> Deseo hacer uso de la opción de compra adicional del seguro de vida voluntario/complementario			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto \$ _____				
<input type="checkbox"/> Seguro de vida para dependientes voluntario/complementario			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto \$ _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto \$ _____		
<input type="checkbox"/> Otro			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto \$ _____				
Designación del beneficiario		Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	N.º del Seguro Social	Relación	Beneficio (%)
(Beneficiario principal)							%
(Beneficiario principal)							%
(Beneficiario contingente)							%
(Beneficiario contingente)							%

En caso de que usted nombre a dos o más beneficiarios principales y no indique los porcentajes, los beneficios se repartirán en partes iguales entre los beneficiarios principales detallados que le sobrevivan. Si ningún beneficiario principal le sobrevive, los beneficios se repartirán entre los beneficiarios contingentes. Si se detallan los porcentajes de los beneficios, el total debe ser 100%.

Modo de facturación (seleccione uno)  Trimestral  Semestral  Anual

He leído las preguntas y respuestas que anteceden y, por medio de la presente, declaro que están completas y son verdaderas a mi leal saber y entender. Acepto también que mientras se determina mi elegibilidad para continuar con esta cobertura conforme a los términos de la póliza de seguro grupal, la compañía podrá depositar el pago presentado con esta solicitud. En caso de no resultar elegible para continuar con el seguro grupal, la única obligación de la compañía estará limitada al reembolso del pago antes mencionado.

Firma del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del cónyuge \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Ficha para el cálculo de la prima de portabilidad

Puede continuar con un monto de cobertura determinado hasta el monto máximo de los beneficios de su seguro de vida temporal voluntario/complementario sin pruebas de asegurabilidad. Sujeto a las pruebas satisfactorias de asegurabilidad conforme a la opción de compra adicional, si la fecha de entrada en vigor de la póliza grupal es el 4/1/03 o una fecha posterior, puede continuar hasta los \$50,000 de los beneficios de su seguro de vida básico temporal colectivo. Para calcular su prima, en las columnas a continuación, busque la edad del solicitante y la prima básica trimestral correspondiente por cada \$1,000. **Si usted o su cónyuge han consumido cigarrillos u otros productos derivados del tabaco en los últimos dos años, se deben utilizar las tarifas de fumador para calcular la prima inicial modal.** Multiplique esta prima por la cantidad de miles de dólares del seguro con el que tiene planeado continuar.

**Tarifas del seguro de vida voluntario/complementario**  
**Primas trimestrales (cada \$1,000)**

Edad cumplida	No fumador	Fumador
Menor de 30	\$0.45	\$0.87
30-34	\$0.51	\$0.93
35-39	\$0.72	\$1.26
40-44	\$1.23	\$2.01
45-49	\$1.71	\$3.75
50-54	\$2.85	\$6.09
55-59	\$4.95	\$11.01
60-64	\$7.77	\$13.44

En el caso de las pólizas grupales vigentes a partir del 9/1/08 o posteriormente, la cobertura finaliza a la edad de 65 años.

Edad cumplida	No fumador	Fumador
65-69	\$12.27	\$21.63

En el caso de las pólizas grupales vigentes entre el 4/1/03 y el 8/31/08, la cobertura finaliza a la edad de 70 años.

**Titular de la póliza grupal con fecha de entrada en vigor anterior al 4/1/03**

70-74	\$19.65	\$34.50
A partir de los 75	\$34.80	\$57.90

**Tarifas del seguro de vida para dependientes voluntario/complementario por familia y por trimestre:**

Beneficio de \$5,000: Familiar \$3.00  
Beneficio de \$10,000: Familiar \$6.00

**Ejemplo**

Un empleado desea hacer uso de la opción de portabilidad y continuar con su seguro de vida voluntario temporal por \$100,000, con el de su cónyuge por \$10,000 y con su seguro de vida para dependientes voluntario. El empleado tiene 54 años y su cónyuge, 49. Ninguno de los dos es fumador. Dicho empleado desea recibir la factura de manera trimestral.

Empleado	\$2.85	X	100,(000)	=	\$285.00
Cónyuge	\$1.71	X	10,(000)	=	17.10
Seguro de vida para dependientes voluntario			5,000	=	3.00
					\$305.10
Prima total adeudada por trimestre					

**Su cálculo**

	Tarifa de la tabla X		Cantidad de miles de dólares de cobertura =		Prima trimestral
Empleado _____	X	_____	=	_____	_____
Cónyuge _____	X	_____	=	_____	_____
Seguro de vida para dependientes voluntario _____	X	_____	=	_____	_____

The laws of some states require us to furnish you with the following notice:

**FOR APPLICATIONS AND CLAIMS:**

**Alabama:** Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to restitution fines or confinement in prison, or any combination thereof.

**California:** For your protection California law requires the following to appear on this form. Any person who knowingly presents false or fraudulent information to obtain or amend insurance coverage or to make a claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

**Colorado:** It is unlawful to knowingly provide false, incomplete, or misleading facts or information to an insurance company for the purpose of defrauding or attempting to defraud the company. Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance, and civil damages. Any insurance company or agent of an insurance company who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to a 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:** **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.

**Hawaii:** For your protection, Hawaii law requires you be informed that presenting a fraudulent claim for payment of a loss or benefit is a crime punishable by fines or imprisonment, or both.

**Kentucky:** Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or a 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.

**Maryland:** Any person who knowingly or willingly 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.

**New Mexico:** 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.

**Ohio:** Any person who, with intent to defraud or knowingly that he is facilitating a fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement is guilty of insurance fraud.

**Oklahoma:** Any person who knowingly, and with intent to injure, defraud or deceive any insurer, makes any claim for the proceeds of an insurance policy containing false, incomplete or misleading information is guilty of a felony.

**Pennsylvania:** Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.

**Puerto Rico:** Any person who knowingly and with the intention of defrauding presents false information in an insurance application, or presents, helps, or causes the presentation of a fraudulent claim for the payment of a loss or any other benefit, or presents more than one claim for the same damage or loss, shall incur a felony and, upon conviction, shall be sanctioned for each violation with the penalty of a fine of not less than five thousand dollars (\$5,000) and not more than ten thousand dollars (\$10,000), or a fixed term of imprisonment for three (3) years, or both penalties. Should aggravating circumstances be present, the penalty thus established may be increased to a maximum of five (5) years, if extenuating circumstances are present, it may be reduced to a minimum of two (2) years.

**Rhode Island:** 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 fines and confinement in prison.

**Tennessee:** It is a crime to knowingly provide false incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.

**Washington:** It is a crime to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.

**West Virginia:** Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

The laws of some states require us to furnish you with the following notice:

**FOR CLAIMS ONLY:**

**Alaska:** A person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive an insurance company files a claim containing false, incomplete, or misleading information may be prosecuted under state law.

**Arizona:** For your protection, Arizona law requires the following statement to appear on this form. Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss is subject to criminal and civil penalties.

**Arkansas:** 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 fines and confinement in prison.

**Delaware:** Any person who knowingly, and with intent to injure, defraud or deceive any insurer, files a statement of claim containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony.

**Idaho:** Any person who knowingly, and with intent to defraud or deceive any insurance company, files a statement of claim containing false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony.

**Indiana:** A person who knowingly and with intent to defraud an insurer files a statement of claim containing any false, incomplete, or misleading information commits a felony.

**Minnesota:** A person who files a claim with intent to defraud or helps commit a fraud against an insurer is guilty of a crime.

**New Hampshire:** 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 NH RSA 638:20.

**New Jersey:** Any person who knowingly files a statement of claim containing any false or misleading information is subject to criminal and civil penalties.

**Texas:** 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.

**FOR APPLICATIONS ONLY:**

**New Jersey:** Any person who includes any false or misleading information on an application for an insurance policy is subject to criminal and civil penalties.