



Envíelo por correo postal a Dearborn Life Insurance Company:

Número de teléfono: (866) 739-4090

701 E. 22nd Street
Lombard, IL 60148

Instrucciones de uso

La solicitud para convertir su seguro de vida colectivo debe utilizarse cuando deje de ser elegible para el seguro colectivo. Un ejemplo de esto sería la finalización de su empleo. La solicitud se utiliza para convertir su cobertura de seguro de vida colectivo a una póliza de seguro de vida entera individual. Esto puede hacerse independientemente de su estado de salud actual. Para obtener información sobre el monto que puede convertir o el plazo del que dispone, consulte su certificado o póliza colectiva. La solicitud debe ser completada tanto por su empleador como por usted mismo.

Parte 1 - A ser completada por el Empleador

- seguro de vida complementario, seguro de vida voluntario Vida, etc.) elegibles para la conversión.
- Especifique claramente el motivo de la rescisión.
- Si se comete un error, puede eliminarlo, pero debe rubricar el cambio.

Parte 2 - Para ser completada por el asegurado/solicitante

- página de la solicitud y adjunte un cheque anulado.
- Si se comete un error, puede eliminarlo, pero debe rubricar el cambio.
- Si el solicitante es menor de 20 años, comuníquese con el servicio de atención al cliente para conocer la tarifa aplicable.

Número de teléfono: (866) 739-4090

Si deja de ser elegible para el seguro grupal, por ejemplo, por dejar de trabajar, puede convertir su cobertura de seguro de vida grupal en una póliza de seguro de vida integral individual. Esto puede hacerse independientemente de su estado de salud actual. Si desea información sobre el monto que puede convertir o el plazo del que tiene para hacerlo, consulte su certificado o póliza grupal.

Para presentar la solicitud, haga lo siguiente:

- Complete la parte 2 de esta solicitud de conversión. Asegúrese de su empleador haya completado la parte 1. Las tarifas de primas y las instrucciones se encuentran al dorso.
- Envíe por correo postal la solicitud completa junto con su cheque o giro postal correspondiente a la prima inicial modal a la dirección mencionada arriba.

Parte 1: DEBE COMPLETARLA EL EMPLEADOR			Número de grupo	Motivo de la terminación ___ Terminación del empleo o pertenencia a una categoría elegible Terminación de la póliza de grupo y fecha de finalización: ___ Discapacidad ___ Otros (especifique)
Fecha de terminación del empleo.	Fecha de terminación de la cobertura	Último día de trabajo	Monto del seguro grupal	
Nombre del empleador que proporciona la póliza grupal		Salario anual \$	Clase de seguro	
Firma/título del representante del asegurado		Número de teléfono	Fecha de firma	

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

Por la presente, solicito la conversión de mi seguro de vida y afirmo las siguientes declaraciones de hecho:

NOMBRE COMPLETO		N.º DEL SEGURO SOCIAL		NÚMERO DE TELÉFONO		N.º DE PÓLIZA GRUPAL	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA							
CALLE		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	EDAD EN EL ÚLTIMO CUMPLEAÑOS	ESTADO DE NACIMIENTO	ÚLTIMA FECHA DE TRABAJO ACTIVO MES DÍA AÑO		OCUPACIÓN ACTUAL	
MONTO DEL SEGURO A CONVERTIR		MODO DE LA PRIMA ___ anual ___ trimestral ___ semestral ___ EFT mensual*		La prima inicial modal completa debe con la solicitud presentarse con la solicitud Prima adjunta \$ _____			Préstamo automático de primas ¿Estipulación deseada? ___ Sí ___ No

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

NOMBRE	APELLIDO	DIRECCIÓN	N.º DEL SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	PARENTESCO
Beneficiario principal					
Secundario					

Si se necesita más espacio, 1) use más papel 2) marque arriba "Ver adjunto" 3) el documento adjunto DEBE estar firmado y fechado por el titular de la póliza.

¿El titular no es el asegurado? ___ Sí ___ No

Nombre	Inicial	Apellido	Parentesco
Dirección del titular, si no es el asegurado:			

Calle y n.º	Ciudad	Estado	Código postal
-------------	--------	--------	---------------

El titular es la persona que puede ejercer todos los derechos del contrato, por ejemplo, ceder, entregar, pedir prestado. Si no se nombra a nadie, el asegurado será el titular.

Declaro que, a mi leal saber y entender, los datos que figuran en la presente solicitud son completos y verdaderos. Acepto que la compañía deposite el pago presentado con esta solicitud antes de su aprobación. En caso de no resultar elegible para continuar con el seguro grupal, la única obligación de la compañía estará limitada al reembolso de las primas pagas.

Cualquier persona que presente a sabiendas una declaración falsa en una solicitud de seguro puede ser culpable de un delito penal y estar sujeta a las sanciones previstas en la ley estatal.

Firmado en _____ el _____
Ciudad Estado Mes Día Año Firma del solicitante

para la conversión de la póliza de vida grupal a la póliza de vida integral individual

Las primas se pagan hasta los 98 años o el fallecimiento, lo que ocurra primero. Si desea información sobre el monto que puede convertir, consulte la estipulación "Conversión del seguro de vida" de su certificado de seguro de vida grupal o de la póliza grupal. Nuestro monto mínimo de emisión es de \$2,000.

Para calcular su prima, busque su edad y la **tarifa de la tabla por cada \$1,000** en las siguientes columnas. Multiplique esta prima por la cantidad de miles de dólares del seguro con el que tiene planeado continuar. Luego, multiplique por el factor de prima y añada la tarifa de la póliza modal para averiguar el pago de la prima.

Último cumpleaños	Tarifa de la tabla Por mil	Último cumpleaños	Tarifa de la tabla Por mil	(☒) Modo deseado	Factor de la prima	Importe de póliza modal
20	6.51	60	47.79	() Anual	1.000	\$17.00
21	6.86	61	50.70	() Semestral	.520	\$ 9.00
22	7.09	62	53.72	() Trimestral	.265	\$ 5.00
23	7.42	63	56.86	() EFT mensual	.08583	\$ 0.00
24	7.76	64	60.23	(Firme abajo y adjunte un cheque anulado)		
25	8.10	65	63.84	Adjunte a su solicitud el importe de la		
26	8.56	66	67.67	prima modal.		
27	8.90	67	71.74	Para aclaraciones, comuníquese con		
28	9.22	68	76.05			
29	9.68	69	80.47	DEARBORN LIFE INSURANCE COMPANY		
30	10.13	70	85.24	701 E. 22nd Street		
31	10.58	71	90.70	Lombard, IL 60148		
32	11.03	72	96.55	1-866-739-4090		
33	11.59	73	102.77	Autorización de transferencia electrónica de		
34	12.14	74	109.38	fondos (EFT): Marque uno:		
35	12.70	75	116.41	☐ Cuenta de cheques ☐ Cuenta de ahorros		
36	13.25	76	123.90	Cuenta n.º _____		
37	13.92	77	131.94	Por la presente, autorizo y solicito a Dearborn Life Insurance Company que		
38	14.58	78	140.61			
39	15.23	79	150.02	retire fondos de mi cuenta y transfiera dichos fondos como pago de mi prima		
40	15.89	80	160.20	mensual y que inicie las entradas de débito, si fuera necesario, por cualquier		
41	16.77	81	171.21	entrada de crédito realizada por error. Esta autorización permanecerá en		
42	17.76	82	183.01	pleno vigor hasta que yo notifique por escrito a Dearborn Life Insurance		
43	18.73	83	195.57	Company de un cambio o una cancelación del pago. Entiendo que para		
44	19.71	84	208.90	modificar o cancelar las transacciones futuras, dicho aviso debe recibirse al		
45	20.79	85	223.10	menos diez días hábiles antes de la fecha de la transacción.		
46	21.97	86	282.86			
47	23.14	87	342.62			
48	24.53	88	402.38			
49	25.90	89	462.15			
50	27.36	90	521.91			
51	28.92	91	581.67			
52	30.56	92	641.43			
53	32.28	93	701.19			
54	34.10	94	760.95			
55	36.10	95	820.72			
56	38.10	96	880.48			
57	40.30	97	940.24			
58	42.68	98	1,000.00			
59	45.16					

Firma del titular de la cuenta

(Adjunte un cheque anulado)

Ejemplo: conversión de un seguro de vida grupal de \$10,000 para una persona de 45 años en un seguro de vida integral de \$10,000 con pagos trimestrales:

Ejemplo:

Tarifa de la tabla	X	n.º de miles que se deben convertir	X	Factor de la prima	+	Importe de póliza modal	=	Prima modal
20.79	X	10.000	X	0.265	+	5.00	=	\$60.10

Su cálculo

Tarifa de la tabla	X	n.º de miles que se deben convertir	X	Factor de la prima	+	Importe de póliza modal	=	Prima modal
_____	X	_____	X	_____	+	_____	=	\$ _____