Specialty Benefits

Group Products
Underwritten by Dearborn Life Insurance Company

Número de teléfono: (855) 649-9648

Solicitud de seguro de vida individual

Envíelo por correo postal a Dearborn Life Insurance Company:
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.

Dearborn Life Insurance Company ofrece los productos de seguro grupal como Specialty Benefits en colaboración con Blue Cross Blue Shield of Michigan.

Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148, emite los productos de seguro grupal de Specialty Benefits. Dearborn Life es una compañía aparte, no ofrece productos de Blue Cross Blue Shield of Michigan y es económicamente responsable de los productos que emite.

Dearborn Life Insurance Company es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Blue Cross Blue Shield of Michigan y Blue Care Network son organizaciones sin ánimo de lucro y licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Dearborn Life Insurance Company

Solicitud de seguro de vida individual

Envíelo por correo postal a Dearborn Life Insurance Company
701 E. 22nd Street
Lombard, IL 60148

Número de teléfono: (855) 649-9648

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:

1. 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.
2. 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**
Fecha de terminación del empleo.	Fecha de terminación de la cobertura	Último día de trabajo	Monto del seguro grupal	☐ Terminación del empleo o pertenencia a una categoría elegible ☐ Terminación de la póliza de grupo y fecha de finalización: _____ ☐ Discapacidad ☐ Otros (especifique) _____
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 CÓDIDGO 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*

Dearborn Life Insurance Company

Ficha para el cálculo de la prima

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
20	6.51	60	47.79
21	6.86	61	50.70
22	7.09	62	53.72
23	7.42	63	56.86
24	7.76	64	60.23
25	8.10	65	63.84
26	8.56	66	67.67
27	8.90	67	71.74
28	9.22	68	76.05
29	9.68	69	80.47
30	10.13	70	85.24
31	10.58	71	90.70
32	11.03	72	96.55
33	11.59	73	102.77
34	12.14	74	109.38
35	12.70	75	116.41
36	13.25	76	123.90
37	13.92	77	131.94
38	14.58	78	140.61
39	15.23	79	150.02
40	15.89	80	160.20
41	16.77	81	171.21
42	17.76	82	183.01
43	18.73	83	195.57
44	19.71	84	208.90
45	20.79	85	223.10
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		

(✓)	Modo deseado	Factor de la prima	Importe de póliza modal
(☐)	Anual	1.000	$17.00
(☐)	Semestral	.520	$ 9.00
(☐)	Trimestral	.265	$ 5.00
(☐)	EFT mensual	.08583	$ 0.00

(Firme abajo y adjunte un cheque anulado)

Adjunte a su solicitud el importe de la **prima modal**.

Para aclaraciones, comuníquese con

DEARBORN LIFE INSURANCE COMPANY

701 E. 22nd Street
Lombard, IL 60148
1-855-649-9648

Autorización de transferencia electrónica de fondos (EFT): Marque uno:

☐ **Cuenta de cheques** ☐ **Cuenta de ahorros**

Cuenta n.º _____

Por la presente, autorizo y solicito a Dearborn Life Insurance Company que retire fondos de mi cuenta y transfiera dichos fondos como pago de mi prima mensual y que inicie las entradas de débito, si fuera necesario, por cualquier entrada de crédito realizada por error. Esta autorización permanecerá en pleno vigor hasta que yo notifique por escrito a Dearborn Life Insurance Company de un cambio o una cancelación del pago. Entiendo que para modificar o cancelar las transacciones futuras, dicho aviso debe recibirse al menos diez días hábiles antes de la fecha de la transacción.

_____

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**
_____		_____		_____		_____		**$** _____