

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:

1. 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.
2. 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 empleado 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 cónyuge 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:				Empleado		Cónyuge	
<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 de los sobrevivientes. Si ningún beneficiario principal 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 _____

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.

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					\$305.10

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	_____	=	_____	_____

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

Preguntas: 1-855-649-9648

Las leyes de algunos estados nos exigen que le proporcionemos el siguiente aviso:**PARA SOLICITUDES Y RECLAMOS:**

Alabama: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio; o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución y confinamiento en prisión, o una combinación de ambos.

California: Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o enmendar la cobertura del seguro o para hacer un reclamo por el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar, con pleno conocimiento, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros, con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación de seguro y responsabilidad civil. Toda compañía de seguros o representante de una compañía de seguros que, con pleno conocimiento, proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un titular de la póliza o a una persona que presente un reclamo, con el fin de defraudar o intentar defraudar a dicha persona con respecto a un pago o una suma de dinero pagadera como resultado de la recaudación del seguro, se denunciará ante la división de seguros de Colorado, en el departamento de agencias reguladoras.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar a la aseguradora o a otra persona constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro en caso de que el solicitante presentara información falsa sustancialmente relacionada con un reclamo.

Hawái: Por su seguridad, la ley de Hawái exige que se le informe que presentar un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio es un delito castigado con multas o prisión, o ambos.

Kentucky: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa, o encubra, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho importante, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito.

Maryland: Toda persona que, con pleno conocimiento o deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio; o que, con pleno conocimiento o deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Nuevo México: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

Ohio: Toda persona que, con intención de defraudar o con pleno conocimiento de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguro.

Oklahoma: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, haga un reclamo por el producto de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

Pensilvania: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa, o encubra, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho importante comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito y sujeta a la persona a sanciones civiles y penales.

Puerto Rico: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude u ocasione la presentación de un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida o de cualquier otro beneficio, o presente más de un reclamo por el mismo daño o pérdida, cometerá un delito grave. Al condenarla, se la sancionará por cada violación con una multa de por lo menos cinco mil dólares (\$5,000), pero de no más de diez mil dólares (\$10,000), o con un período fijo de tres (3) años en prisión, o con ambas sanciones. En caso de que se presentaran circunstancias agravantes, la sanción establecida puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años. Si se presentaran circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

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.

Las leyes de algunos estados nos exigen que le proporcionemos el siguiente aviso:**PARA SOLICITUDES Y RECLAMOS (continuado):**

Rhode Island: Cualquier persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Tennessee: Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

Washington: Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

West Virginia: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

PARA RECLAMOS ÚNICAMENTE:

Alaska: Una persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada según las leyes estatales.

Arizona: Por su seguridad, la ley de Arizona exige que lo siguiente figure en este formulario. Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida está sujeta a sanciones civiles y penales.

Arkansas: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Delaware: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Idaho: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Indiana: Una persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Minnesota: Una persona que presente un reclamo con la intención de defraudar o que ayude a cometer fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

Nuevo Hampshire: Toda persona que, con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a una acción judicial y a una pena por fraude de seguro, conforme a la legislación del estado de Nuevo Hampshire, NH RSA 638:20.

Nuevo Jersey: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Texas: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

PARA SOLICITUDES ÚNICAMENTE:

Nuevo Jersey: Toda persona que incluya información falsa o engañosa en la solicitud de una póliza de seguro estará sujeta a sanciones penales y civiles.

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.