

Aviso de privilegio de conversión



Esto no es un formulario de solicitud; es únicamente un pedido de información.
Enviar este formulario no es una obligación para continuar la cobertura.

Identificación del suscriptor

Número del grupo

Nombre del empleador (el titular de la póliza grupal)

Lea este aviso.

Este programa de seguro de vida grupal bajo el cual usted (y sus derechohabientes asegurados, si aplica) han sido asegurados, incluye un importante privilegio de conversión. El privilegio de conversión le da el derecho a usted (y a sus derechohabientes asegurados, si aplica) de solicitar y comprar una póliza de seguro de vida entera sin evidencia de asegurabilidad cuando:

- 1) su empleo activo termina;
- 2) el monto del seguro de vida grupal disminuye debido a un cambio en la clasificación;
- 3) el monto del seguro de vida grupal se reduce o termina debido a la edad; o

4) el número de horas de trabajo semanal cae por debajo del mínimo requerido para ser elegible para el plan de seguro de vida de su grupo.

siempre y cuando haga la solicitud y el pago de la primera prima dentro de los 31 días posteriores a la fecha de finalización del seguro de vida grupal.

Para recibir la información sobre la solicitud y la prima, debe completar la siguiente información y enviarla a Advance Insurance Company of Kansas (AICK). La prima de su póliza de seguro de vida entera se basa en su edad más próxima a la fecha de emisión de la póliza.

Sección 1 – Información del asegurado

Primer nombre

Inicial del
segundo
nombre

Género Masculino Femenino

Fecha de nacimiento

Apellido

Sufijo

Número de Seguro Social

Dirección de correo postal

Número de teléfono de la casa

Número de teléfono móvil

Ciudad

Número de teléfono del trabajo

Estado Código postal +4

Sección 2 – Cobertura de conversión

Monto del seguro de vida al momento de la terminación:

\$ _____

El monto del seguro de vida que se va a convertir no puede ser mayor al monto al que usted tenía derecho bajo el plan del seguro de vida grupal, pero puede ser por una cantidad menor (en incrementos de \$1,000) que usted elija.

Motivo de la terminación: Discapacidad* Jubilación
 Otro _____

¿En qué fecha se presentó usted físicamente por última vez en el lugar usual de trabajo y realizó todas sus actividades laborales normales? Y ¿cuál es la fecha oficial de terminación?

Fecha en la que asistió
al trabajo por última vez

Fecha de terminación

* Si la terminación de la cobertura del seguro de vida grupal se debió a discapacidad, es posible que quiera preguntar sobre el beneficio de exención de la prima. Llame a nuestra oficina para recibir más información.

Sección 3 – Autorización

Se requiere su firma

Firma del asegurado

Fecha de la firma

Nombre escrito en letra de molde