

**Información importante para los titulares de
certificados de seguro de vida colectivo**

Nos complace informarle que de acuerdo con la cobertura del Seguro de Vida Colectivo de Standard Insurance Company, a usted y a sus dependientes asegurados les ofrecemos la opción de obtener una póliza de seguro de vida individual. Para aprovechar esta oportunidad, debemos recibir una solicitud y el pago de la prima en un plazo de 31 días después de la fecha en que finaliza o se reduce la cobertura del seguro de vida colectivo. Esta opción de intercambio puede ser de mucho beneficio para usted debido a que no es necesario presentar evidencia de asegurabilidad. Para aprovechar el privilegio de intercambiar su seguro, llene y regrese este formulario a la dirección que aparece arriba. Le proveeremos la información y los formularios necesarios. Para su comodidad, como usted lo decida, podemos enviar la información en formato electrónico a su cuenta de correo electrónico o enviar los formularios por correo a su domicilio.

**Important Information for Owners of Group Life
Insurance Certificates**

We are happy to inform you that under your Standard Insurance Company Group Life Insurance coverage, you and your insured dependents are offered the benefit of obtaining an individual life insurance policy. In order to take advantage of this opportunity, we must receive an application and premium payment within 31 days of the date of cessation or reduction of group life insurance coverage. This option to convert may be very valuable to you, as evidence of insurability will not be required. To take advantage of the privilege of converting your insurance, please complete and return this form to the address above. We will provide the necessary forms and information. For your convenience, at your election, we can send the information electronically to your email address or we can mail the forms to your street address.

Datos del miembro (Member Information)

Nombre del miembro (Member's Name)		Fecha de hoy (Today's Date)	
Nombre del asegurado, si es diferente (Insured's Name, if different)		Teléfono (Phone) ()	
Domicilio del miembro (Member's Address)	Ciudad (City)	Estado (State)	Código postal (Zip)
Correo electrónico (Email Address)			
Favor de indicar los formularios de solicitud que necesitará. (Please indicate the applications you will need)		Favor de enviar los formularios de solicitud por: (Please send application forms via)	
<input type="checkbox"/> Miembro (Member)	<input type="checkbox"/> Cónyuge (Spouse)	<input type="checkbox"/> Hijos. Número de hijos: _____ (Child – No. of children)	<input type="checkbox"/> Correo electrónico (Email) <input type="checkbox"/> Correo postal (Regular Mail)
Nombre del grupo y número de póliza. (Group Name and Policy No.)		Fecha en que finalizan o se reducen los beneficios del seguro. (Termination or Reduction Date of Insurance)	