Solicitud de información sobre la conversión del seguro de vida grupal

Instrucciones:

Titular de la póliza (empleador): Este formulario debe ser completado y suministrado a todo empleado que pueda tener derecho de conversión.

Empleado (persona que solicita la información): Completa la sección del empleado y envía el formulario por correo postal de inmediato a la dirección que figura a la derecha.

The Standard
Attn: Group Life Conversions
900 SW Fifth Avenue
Portland, OR 97204
Núm. de teléfono: 800-378-4668
Núm. de fax: 800-331-3397
Correo electrónico: cbt@standard.com

Sección 1: Debe completarla el empleador

Titular de la póliza grupal o nombre del plan			Núm. de grupo	Núm. de clase
Apellido del empleado	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Núm. de Seguro Social	Fecha de nacimiento (MMDDAAAA)
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Estado civil ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo			Fecha de nacimiento del cónyuge
Puesto			Salario anual $	Núm. de certificado
Fecha de entrada en vigencia de la cobertura	Último día trabajado	Fecha de cese del empleo	Fecha de cese del seguro	

Motivo del cese

☐ Cese del empleo ☐ Reducción de la cobertura ☐ Muerte del empleado - Nombre del cónyuge: _____
☐ Terminación de la póliza grupal ☐ Jubilación ☐ Otro (especificar): _____

Terminación de la cobertura:

Empleado

Monto básico $ _____
Monto suplementario $ _____
Otro $ _____
Monto total $ _____

Dependientes

Monto para el cónyuge $ _____ Nombre del cónyuge: _____
Monto de (c/u) hijos $ _____
Nombre del hijo: _____ Fecha de nacimiento:
Nombre del hijo: _____ Fecha de nacimiento:
Nombre del hijo: _____ Fecha de nacimiento:
Nombre del hijo: _____ Fecha de nacimiento:

¿El miembro/empleado tiene alguna pensión/seguro por discapacidad? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿sufrió la discapacidad antes de los 60 años? ☐ Sí ☐ No
¿El miembro/empleado tiene alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No
¿El miembro asegurado ha hecho la cesión total del seguro de vida grupal para su conversión? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, adjunta una copia del formulario de cesión total.

Este formulario se entregará al empleado el

Este formulario se enviará al empleado por correo postal el

Firma del representante del empleador **X**	Nombre en letra de imprenta	Título	Fecha de firma (MMDDAAAA)

Dirección de la compañía	Ciudad	Estado	Código postal	Dirección de correo electrónico	Núm. de teléfono de la compañía

Sección 2: Debe completarla el empleado

No envíes este formulario por correo a la compañía de seguro* a menos que la parte superior esté completa y firmada por el empleador. Tus beneficios del seguro de vida a término grupal finalizarán, según se indicó anteriormente. Puedes ser elegible para convertirlo en una póliza de seguro de vida individual. Una vez que envíes rápidamente este formulario a la compañía de seguro, te enviaremos una descripción del plan de conversión, las tarifas de las primas y un formulario de solicitud. La compañía de seguro debe recibir la solicitud y el primer pago de la prima dentro de un plazo de 31 días de la terminación de sus beneficios de seguro de vida, según los términos de la póliza de seguro grupal de tu empleador.

Aviso importante: Esto no es una solicitud para la conversión de la cobertura de tu plan de seguro de vida grupal. El recibo de este formulario y la información consiguiente no garantiza tu elegibilidad para convertir tu seguro de vida grupal a término.

Apellido del solicitante	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Relación con el empleado	Núm. de teléfono
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal	Dirección de correo electrónico

Firma del solicitante **X**	Fecha de firma (MMDDAAAA)

*Según se utiliza en el presente, 'Compañía de seguros' significa: Standard Insurance Company, The Standard Life Insurance Company of New York.

‡ The Standard es el nombre comercial de StanCorp Financial Group, Inc. y sus subsidiarias. Los productos del seguro son ofrecidos por Standard Insurance Company de 1100 SW Sixth Avenue of Portland, Oregon, en todos los estados excepto en New York, en donde los productos de seguros son ofrecidos por The Standard Life Insurance Company of New York de 445 Hamilton Avenue, 11th floor, White Plains, New York. Las características y disponibilidad de los productos varían según el estado y la compañía, y son solo responsabilidad de cada subsidiaria. Cada compañía es la única responsable de su propio estado financiero. Standard Insurance Company tiene licencia para ofrecer productos de seguros en todos los estados excepto en New York. The Standard Life Insurance Company of New York tiene licencia para ofrecer productos de seguros únicamente en el estado de New York.

Borrar datos Guardar e imprimir