



Información importante

¿Qué tipo de cobertura puede conservar?

- El **Seguro de Vida Básico** es el que su empleador le proveyó cuando usted estaba laboralmente activo.
- El **Seguro de Vida Suplementario** es el que usted seleccionó y por el cual pagó las primas cuando estaba laboralmente activo.
- La **cobertura por Muerte y Desmembramiento Accidental** no debe exceder la cobertura de vida.

¿Cuáles son las responsabilidades de su empleador?

- Complete en su totalidad la sección 1 de la página 3 de este formulario de elección y compártalo con el empleado. Las elecciones incompletas de los formularios podrían resultar en la negación de la cobertura.
- Provéale la tabla de tarifas de portabilidad al empleado.

¿Cuáles son sus responsabilidades como empleado?

- Llene en su totalidad la sección 2 de la página 3 y el Formulario de Designación del Beneficiario de la página 4. Los formularios incompletos pueden ser negados.
- La portabilidad de cobertura está disponible hasta la cantidad de su cobertura actual sin evidencia de asegurabilidad, pero no puede exceder los \$750,000, al tomar en cuenta todas las coberturas de Vida y por Muerte y Desmembramiento Accidental de Unum.
- Si desea elegir cobertura por un monto distinto al de la cantidad de su cobertura actual, provea los montos solicitados.
- La cobertura está sujeta a las cantidades mínimas y máximas provistas en la póliza de seguro de su empleador. Comuníquese con su empleador para que obtenga una copia de la póliza de seguro colectiva de vida.
- Deberá enviar un pago de prima inicial junto con este formulario de elección dentro de 31 días desde la fecha cuando termine su cobertura.
- Por favor, recuerde (1) incluir el pago inicial de la prima; (2) firmar y fechar la página 3 de este formulario de elección; (3) designar a un beneficiario en la página 4; y (4) conservar una copia de todo este formulario para sus registros.
- Envíe por correo las páginas 3 y 4 de este formulario de elección y su pago inicial de la prima a la dirección que aparece en la parte superior de la página 3.

¿Qué debe saber cuando llene el formulario de designación del beneficiario?

- **Los beneficiarios principales** son las personas que usted elige para que reciban sus beneficios de seguro. Por favor, especifique el porcentaje del beneficio que desea que se le pague a cada beneficiario; estos porcentajes deben sumar el 100%. Si algún beneficiario primario es descalificado o muere antes que usted, su porcentaje del beneficio se le pagará a los beneficiarios primarios restantes.
- **Los beneficiarios contingentes** son las personas que usted elige para que reciban sus beneficios de seguro solo si todos los beneficiarios primarios son descalificados o mueren antes. Por favor, especifique el porcentaje del beneficio que desea que se le pague a cada beneficiario; estos porcentajes deben sumar el 100%. Si algún beneficiario contingente es descalificado o muere antes que usted, su porcentaje del beneficio se le pagará a los beneficiarios contingentes restantes.
- **Los beneficiarios menores de edad** – Cuando usted designa a beneficiarios menores de edad, es importante que entienda que los beneficios del seguro no se le pueden liberar a un hijo menor de edad. Sin embargo, se le podrán pagar a través de un representante financiero de un tribunal de menores. Las normas que rigen a los beneficiarios menores varían según el estado.
- **“Trust”** - Usted puede designar un “trust” válido como beneficiario.
- **Las actualizaciones de su designación del beneficiario** - Usted puede cambiar su designación del beneficiario en cualquier momento. Si lo desea, puede revisar su designación periódicamente.
- **Consulta con un abogado** - Esta información no pretende ser tomada como asesoramiento legal. Es posible que desee obtener la asistencia de un abogado para que le ayude a asegurarse de que su designación del beneficiario refleja correctamente sus intenciones.



ELECCIÓN DE PORTABILIDAD DE COBERTURA CORRESPONDIENTE AL SEGURO DE VIDA A TÉRMINO FIJO

TERM LIFE INSURANCE ELECTION OF PORTABILITY COVERAGE

Submit to: Unum Life Insurance Company of America (Unum) Portability Unit

2211 Congress Street, Portland, ME 04122

1-800-421-0344 • Fax 207-575-2993

EL EMPLEADOR LLENA LA SECCIÓN 1			
Nombre de la compañía:		Número de póliza	División
Nombre del empleado (Apellido, primer nombre, inicial del 2° nombre)		Número de póliza	División
Fecha de terminación de la cobertura (mes/día/año):	¿El asegurado estaba incapacitado o bajo ausencia por enfermedad cuando perdió el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No *Si la respuesta es afirmativa, la fecha en que la prima se le pagó a:	Razones por la pérdida de la cobertura:	
Gastos anuales actuales: \$ _____		<input type="checkbox"/> Terminación de trabajo <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Horario reducido (debe estar trabajando) <input type="checkbox"/> Otra razón, explique _____	

Llene usando los montos de cobertura actuales por cada asegurado y tipo de seguro

Tipo de asegurado	Tipo de asegurado	Seguro de Vida Suplementario	Seguro AD&D Básico	Seguro AD&D Suplementario
Empleado				
Cónyuge				
Hijo				
Nombre del administrador del plan:			Firma del administrador del plan:	
N° de teléfono del administrador del plan:			Correo electrónico del administrador del plan:	

EL EMPLEADO LLENA LA SECCIÓN 2

Dirección postal del asegurado (Calle, casilla de correo, ciudad, estado, código postal):		Teléfono del domicilio:	
		Teléfono alternativo:	
N° de Seguro social del asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado (mes/día/año):	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre del cónyuge:	Fecha de nacimiento del cónyuge (mes/día/año):	Número de Seguro Social del cónyuge:	
Nomre del hijo:	Fecha de nacimiento*:	Nombre del hijo:	Fecha de nacimiento*:
Nomre del hijo:	Fecha de nacimiento*:	Nombre del hijo:	Fecha de nacimiento*:

*Consulte la póliza o su certificado. La elegibilidad de los dependientes está sujeta a la edad, estatus académico o estado civil.

¿Ha utilizado productos de tabaco en los últimos doce meses? Sí No

¿Su cónyuge ha utilizado productos de tabaco en los últimos doce meses? Sí No

Llene usando los montos de cobertura solicitados por cada asegurado y tipo de seguro-las coberturas que no se llenen resultarán en un monto de cobertura de \$0. La cobertura se reduce de acuerdo a la póliza de seguro colectivo de su empleador.

Tipo de asegurado	Tipo de asegurado	Seguro de Vida Suplementario	Seguro AD&D Básico	Seguro AD&D Suplementario
Empleado				
Cónyuge				
Hijo				

Elija una opción de pago de prima:

Trimestral (Cada tres meses) Semestral (Cada seis meses) Anual (Una vez al año)

Escriba su cheque o giro bancario pagadero a Unum.

Comprendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

Toda cobertura seleccionada en este formulario de elección se emitirá de acuerdo con la provisión de portabilidad incluida en la cobertura colectiva de vida a término fijo o la cobertura del Seguro por Muerte y Desmembramiento Accidental de Unum, bajo la cual esta cobertura se ofrece y está sujeta al cumplimiento de las condiciones establecidas allí.

La cobertura portátil entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la terminación de su cobertura colectiva, siempre y cuando usted aplique por cobertura portátil para usted mismo, y sus dependientes y pague la primera prima dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que termine su cobertura colectiva.

DESPUÉS DE HABER LEÍDO Y ENTENDIDO LA "INFORMACIÓN IMPORTANTE AL CONSIDERAR LA PORTABILIDAD DE COBERTURA" EN LA PAGINA 1 DE ESTE FORMULARIO, CERTIFICO QUE NI YO NI MIS DEPENDIENTE SUFREN DE UNA LESÓN O ENFERMEDAD QUE TENGA EFECTO SIGNIFICATIVO EN LA EXPECTATIVA DE VIDA. ENTIENDO QUE UNUM CONFÍA EN ESTA CERTIFICACIÓN COMO CONDICIÓN SIGNIFICATIVA A SU CONTRATO DE SUMINISTRO DE COBERTURA.

Si Unum determina que una lesión o enfermedad tiene un efecto significativo en la expectativa de vida, a partir de la fecha cuando eligió la cobertura portátil, los beneficios pueden ser reducidos a la cantidad de cobertura disponible bajo el privilegio de conversión de la póliza actual.

Firma del asegurado:	La fecha de hoy (mes/día/año):	Correo electrónico del asegurado:
----------------------	--------------------------------	-----------------------------------

Por favor, recuerde llenar y enviar su designación del beneficiario con esta aplicación. Por favor, guarde una copia para sus registros.



FORMULARIO DE PORTABILIDAD PARA DESIGNAR A LOS BENEFICIARIOS
PORTABILITY BENEFICIARY DESIGNATION FORM
 2211 Congress Street
 Portland Maine 04122
 Phone: 1-800-421-0344 • Fax: 207-575-2993

Instrucciones: Por favor, llene, firme y feche este formulario para designar a su(s) beneficiario(s) o para cambiar su(s) beneficiario(s) actuales. Este formulario cancela toda previa designación. Si se designa a más de un beneficiario y no se indica ningún porcentaje, el pago se efectuará en partes iguales a cada beneficiario. Si hay más de tres (3) beneficiarios principales y/o contingentes, por favor, adjunte una hoja de papel por separado.

PARTE 1: Información sobre usted

Nombre (apellido, sufijo, nombre, inicial del segundo nombre):	Número de Seguro Social <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Número de póliza <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> División <input type="text"/>	Número de BL BL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

PARTE 2: Beneficiario(s) principal(es)

Elijo a la(s) persona(s) nombrada(s) a continuación para ser los beneficiarios principales de los beneficios de Seguro de Vida los cuales podrían ser pagaderos al momento de mi fallecimiento. Si cualquier beneficiario principal se descalifica o muere antes de mí, su porcentaje de este beneficio se pagará a los demás beneficiarios.

Nombre y dirección postal	Número de teléfono	Parentesco	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Porcentaje
El total debe ser igual al 100%					

PARTE 3: Beneficiario(s) contingente(s)

Si todos los beneficiarios principales se descalifican o mueren antes de mí, elijo a la(s) persona(s) nombrada a continuación para ser mi(s) beneficiario(s) contingente(s).

Nombre y dirección postal	Número de teléfono	Parentesco	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Porcentaje
El total debe ser igual al 100%					

PARTE 4: Firma

X _____
 Firma _____
 Fecha



CÓMO CALCULAR SU PAGO DE PRIMA POR PORTABILIDAD

<p>Calcule el pago de su prima</p> <p>1. Busque la tarifa en la tabla de tarifas bajo el uso de tabaco pertinente, si corresponde. La tarifa se basa en su edad al momento en que finaliza o se reduce su cobertura.</p> <p>Nota: Usted es elegible para las tarifas de la prima para no fumadores solamente si no ha utilizado ningún producto de tabaco en los últimos 12 meses.</p> <p>Las tarifas de su Seguro de Vida seguirán aumentando con la edad, cada 5 años (por ejemplo, a los 50, 55, 60 años, etc.).</p>	<p>Tarifa básica por cada \$1,000 de cobertura _____</p>										
<p>2. Indique el monto de cobertura que desea. Puede pedir cualquier monto de cobertura hasta un máximo correspondiente al monto de cobertura que tenía a través del plan de grupo.</p> <p>Nota: Puede ser elegible para un aumento de cobertura, lo cual requeriría evidencia de asegurabilidad sujeta a los máximos establecidos en su póliza de seguro colectivo anterior.</p>	<p>Monto de cobertura _____</p>										
<p>3. a. Tarifa básica por cada mil dólares de cobertura:</p> <p>b. Cantidad de miles de dólares que desea:</p> <p>c. Multiplique a. por b.:</p> <p>d. Modo en que le gustaría pagar:</p> <p style="padding-left: 40px;">Trimestral = 3</p> <p style="padding-left: 40px;">Semestral = 6</p> <p style="padding-left: 40px;">Anual = 12</p> <p>e. SUME c. y d. Esta es su prima</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Tarifa básica</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td>Cant. de unidades de \$1,000</td> <td style="text-align: right;">x _____</td> </tr> <tr> <td>Tarifa básica x cant. de unidades</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td>Modo numérico</td> <td style="text-align: right;">x _____</td> </tr> <tr> <td>*TOTAL</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> </table> <p>*Este es el monto aproximado que debe por pago; el monto facturado real puede variar levemente debido al redondeo</p>	Tarifa básica	_____	Cant. de unidades de \$1,000	x _____	Tarifa básica x cant. de unidades	_____	Modo numérico	x _____	*TOTAL	_____
Tarifa básica	_____										
Cant. de unidades de \$1,000	x _____										
Tarifa básica x cant. de unidades	_____										
Modo numérico	x _____										
*TOTAL	_____										
<p>Ejemplo:</p> <p>1. Una persona de 44 años de edad decide continuar con una cobertura de \$25,000.</p> <p>2. La persona desea pagar las primas anualmente.</p> <p>3. La tarifa mensual para una persona de 44 años es de \$0.510 por cada \$1,000 de cobertura.</p> <p>4. Calcule las primas:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">a. Tarifa básica por cada mil dólares de cobertura:</td> <td style="text-align: right;">\$.510</td> </tr> <tr> <td>b. Cantidad de unidades de mil dólares que desea:</td> <td style="text-align: right;">x 25</td> </tr> <tr> <td>c. Multiplique a. por b.:</td> <td style="text-align: right;">\$12.75 (mensual)</td> </tr> <tr> <td>d. Multiplique c. por 12 para obtener el monto anual</td> <td style="text-align: right;">x 12</td> </tr> <tr> <td>e. TOTAL. Esta es su prima.</td> <td style="text-align: right;">\$153.00 (anual)</td> </tr> </table>		a. Tarifa básica por cada mil dólares de cobertura:	\$.510	b. Cantidad de unidades de mil dólares que desea:	x 25	c. Multiplique a. por b.:	\$12.75 (mensual)	d. Multiplique c. por 12 para obtener el monto anual	x 12	e. TOTAL. Esta es su prima.	\$153.00 (anual)
a. Tarifa básica por cada mil dólares de cobertura:	\$.510										
b. Cantidad de unidades de mil dólares que desea:	x 25										
c. Multiplique a. por b.:	\$12.75 (mensual)										
d. Multiplique c. por 12 para obtener el monto anual	x 12										
e. TOTAL. Esta es su prima.	\$153.00 (anual)										

Su cobertura real está sujeta a los términos, las condiciones, las limitaciones y las restricciones establecidos en su certificado de cobertura y en el Resumen de beneficios o Póliza.

Unum es una marca registrada y una marca de comercialización de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras.