

Cobertura de conversión de seguro de vida

La vida continúa con la conversión grupal

Su seguro de vida grupal ha sido una protección valiosa para usted y su familia. Ahora que se cancelará, es posible que desee convertir esta importante cobertura en una póliza individual. Esta información se ha preparado para ayudarlo a aprovechar su derecho a continuar recibiendo su protección.

Acerca de la cobertura de conversión de seguro de vida

La cobertura de conversión de seguro de vida (Life Conversion Coverage) es un seguro de vida permanente individual emitido sin evidencia de asegurabilidad.

La cobertura de conversión de seguro de vida se puede obtener cuando finalice su seguro de vida incluido en la póliza grupal. Su certificado de grupo describirá cuándo estará disponible la cobertura de conversión y mostrará la cobertura que puede convertir.

La cobertura de conversión se emitirá sin evidencia de buena salud siempre que:

- (a) complete la solicitud adjunta;
- (b) (a) adjunte un cheque o giro postal para el primer pago de la prima; y
- (c) (a) nos envíe lo anterior dentro de los 60 días posteriores a la finalización de su seguro grupal.

Su póliza de conversión entrará en vigor el día 60 después de que finalice su seguro grupal. Durante este período de 60 días, seguirá recibiendo cobertura por la disposición de cobertura continua de su certificado grupal.

Puede solicitar un monto que no supere el monto de su cobertura de seguro grupal actual (este es su máximo). Puede elegir la cobertura en incrementos de USD 1000 hasta su máximo.

La póliza individual es un seguro de vida permanente, el cual proporciona un beneficio uniforme durante toda su vida. Las primas de esta cobertura se pagan mientras se viva hasta el aniversario de la póliza, después de los 100 años.

Las tarifas de las primas se muestran en la siguiente tabla. Si se suspenden los pagos de la prima después de que se haya emitido su cobertura, puede:

- (a) recibir cualquier valor en efectivo existente; o
- (b) utilizar el valor en efectivo para comprar un seguro a largo plazo o una cantidad reducida de seguro de vida saldado.

Para obtener información adicional o tarifas especiales sobre la cobertura de conversión, contáctese con nosotros por correo o por teléfono a:

A la atención de: Group Policy Services, Group Conversion
United of Omaha Life Insurance Company
3300 Mutual of Omaha Plaza
Omaha, Nebraska 68175
Teléfono: 1-800-826-8054

Para solicitar la cobertura de conversión de seguro de vida

Para solicitar la cobertura de conversión de seguro de vida, debe hacer lo siguiente:

- 1) Complete la solicitud de conversión de seguro de vida que aparece a continuación. Usa tinta negra o azul. Escriba con claridad y no borre. Cualquier corrección debe ir tachada, y debe firmar con sus iniciales. Responda cada pregunta en su totalidad. No utilice guiones ni signos de ídem.
- 2) Asegúrese de que el empleador o el administrador de la póliza grupal complete la sección titulada "Información que debe completar la oficina de personal".
- 3) Adjunte su cheque o giro postal a nombre de United of Omaha Life Insurance Company para el primer pago de la prima anual, semestral o trimestral.
- 4) Envíe el pago de la prima y la solicitud completada a la dirección anterior. Deberá recibirse dentro de los 60 días posteriores a la finalización de su seguro grupal.

Aviso de privacidad: Cuando United of Omaha Life Insurance Company evalúa una solicitud de cobertura de conversión de seguro de vida, solo se revisa la información de la solicitud. Esta información, y otra información que podamos recopilar posteriormente para administrar la cobertura, puede, en ocasiones, divulgarse sin su autorización expresa. Contamos con un procedimiento que le permite revisar y modificar cualquier información que recopilamos sobre usted, excepto la información relacionada con una reclamación, una demanda o un procedimiento penal. Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de manejo de la información, escríbanos a la dirección que se muestra arriba.

Cálculo de la prima

Los montos de las primas que aparecen en la siguiente tabla son por cada USD 1000 de cobertura. Calcule su prima anual, semestral o trimestral en la hoja de cálculo siguiendo los pasos y el ejemplo que se indican a continuación.

Para calcular la prima anual, semestral y trimestral:

- 1) Divida el monto deseado de su beneficio por fallecimiento por 1000.
- 2) Busque su grupo etario y género en la siguiente tabla para identificar la tarifa de la prima por cada mil.

- 3) Multiplique el número del punto 1 por el del punto 2.
- 4) Añada USD 36 a la cuota anual de la póliza para obtener la **prima anual** de la cobertura.
- 5) Multiplique la prima anual por 0,52 para obtener la **prima semestral** de la cobertura.
- 6) Multiplique la prima anual por 0,275 para obtener la **prima trimestral**.

Tarifa/USD1000		
Edad del beneficiario	Hombre	Mujer
0-4	4,33	4,33
5-9	5,32	5,32
10-14	6,18	6,18
15-17	8,10	8,10
18-19	9,00	10,00
20-24	10,50	11,60
25-29	12,50	13,80
30-34	14,50	16,50
35-39	17,00	20,00
40-44	19,50	24,99
45	21,80	24,99
46	22,27	25,81
47	22,86	26,76
48	23,57	27,82
49	23,91	28,45
50	24,12	29,16
51	25,00	30,45

Tarifa/USD1000		
Edad del beneficiario	Hombre	Mujer
52	25,48	31,37
53	26,31	32,58
54	27,26	34,16
55	28,31	35,83
56	29,29	37,36
57	30,17	38,99
58	31,04	40,52
59	32,02	42,26
60	33,33	44,44
61	35,18	47,39
62	36,92	50,22
63	38,78	53,16
64	40,63	56,11
65	42,48	59,05
66	45,21	63,08
67	47,93	67,11
68	50,66	71,15

Tarifa/USD1000		
Edad del beneficiario	Hombre	Mujer
69	53,49	75,18
70	56,22	79,21
71	60,03	84,44
72	63,95	89,57
73	68,23	95,29
74	72,56	101,07
75	77,76	108,23
76	84,32	116,48
77	90,23	124,09
78	95,77	131,07
79	101,36	138,23
80	107,00	145,45
81	115,74	157,07
82	124,44	168,92
83	132,70	180,01
84	140,84	191,10
85	149,10	202,19

Ejemplo (supongamos que usted es un hombre de 50 años con una cobertura de vida grupal actual de USD 20.000).

$$\frac{20}{\text{Monto de cobertura deseado/USD 1000}} \times \frac{\text{USD 29,16}}{\text{Prima anual total}} = \frac{\text{USD 583,20}}{\text{Tarifa de la prima cada mil}} + \frac{\text{USD 36}}{\text{Prima de cobertura}} = \frac{\text{USD 619,20}}{\text{Cuota de póliza anual}}$$

$$\frac{\text{USD 619,20}}{\text{Prima anual total}} \times ,52 = \frac{\text{USD 321,98}}{\text{Prima semestral total}}$$

Hoja de cálculo

$$\frac{\text{Monto de cobertura deseado/USD 1000}}{\text{Monto de cobertura deseado/USD 1000}} \times \frac{\text{Prima anual total}}{\text{Prima anual total}} = \frac{\text{Tarifa de la prima cada mil}}{\text{Tarifa de la prima cada mil}} + \frac{\text{USD 36}}{\text{Prima de cobertura}} = \frac{\text{USD}}{\text{Cuota de póliza anual}}$$

$$\frac{\text{Prima anual total}}{\text{Prima anual total}} \times ,52 = \frac{\text{Prima semestral total}}{\text{Prima semestral total}}$$

Solicitud de conversión

Esta solicitud completada con el pago de la prima debe recibirse dentro de los 60 días posteriores a la finalización de su seguro grupal. Envíe la solicitud de conversión por correo a: A la atención de: **Group Policy Services**, Group Conversion, United of Omaha Life Insurance Company, 3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, Nebraska 68175.

Sección de seguros de vida

1) Nombre del solicitante (nombre, segundo nombre, apellido)

2) Número de seguro social

3) Hombre Mujer

4) Edad ____ 5) Fecha de Nacimiento _____
Día Mes Año

6) Residencia (número, calle, ciudad, código postal estatal)

7) Número de teléfono residencial (_____) _____

8a) Monto del seguro en USD _____

(Cantidad en miles, no superior a la cantidad que tiene derecho a convertir).

8b) ¿Se ha pagado un beneficio en vida? Sí No

9) Modo de pago de primas

Annually Semiannually Quarterly

10) Monto pagado con la solicitud

USD _____

Importante: Si se ha pagado un beneficio en vida, se debe continuar con el monto total de la cobertura.

11) Información sobre los beneficiarios

Beneficiario principal

Nombre completo _____

Relación con el solicitante _____

Beneficiario secundario

Nombre completo _____

Relación con el solicitante _____

El pago lo compartirán en partes iguales todos los beneficiarios principales que le sobrevivan. Si no hubiera ninguno, lo compartirán en partes iguales todos los beneficiarios contingentes que sobrevivientes. A menos que se indique lo contrario, tiene derecho a cambiar el beneficiario.

Sección del seguro grupal

1) Titular de la póliza grupal _____

Nro. de la póliza grupal _____

2) He estado asegurado en virtud de la póliza de grupo anterior como:

Empleado o afiliado Dependiente

3) Fecha en la que obtuve la cobertura de la póliza grupal:

_____ Día _____ Mes _____ Año

4) Fecha de finalización del seguro grupal:

_____ Día _____ Mes _____ Año

5) La baja se debió a una discapacidad? Sí No

(En caso afirmativo, indique la fecha y la causa de la discapacidad).

Sección de acuerdos de seguro de vida

Estoy solicitando a United of Omaha la cobertura de conversión de seguro de vida que se muestra anteriormente. Acepto que United no tendrá ninguna obligación ni responsabilidad en virtud de esta solicitud, a menos que:

1) yo tenga derecho a convertir el seguro que se muestra arriba; y

2) la solicitud se haya completado, se haya adjuntado el pago de la prima y se haya recibido dentro de los 60 días posteriores a la finalización de mi seguro grupal.

Fecha _____, _____

Estado donde se firmó _____

Firma
del solicitante _____

Formulario de póliza de seguro de vida ICC17L161P
o equivalente estatal. En Connecticut, D662LCT17P.
En Florida, D654LFL17P. En Dakota del Norte,
D658LND17P. En Dakota del Sur, D656LSD17P.
135L-0682

Información que debe completar la Oficina de personal

Titular de la póliza grupal _____

Número de póliza _____ Teléfono (_____) _____

Dirección (número, calle, ciudad, estado, código postal) _____

Nombre del solicitante _____

Número de certificado _____

1) El solicitante estaba asegurado en virtud de la póliza grupal anterior como: Un empleado o miembro Un dependiente

2) ¿Cuál era el monto de cobertura de seguro del solicitante? USD _____

3) ¿Cuál es la fecha de nacimiento del solicitante? _____ Día _____ Mes _____ Año

4) ¿Cuándo obtuvo la cobertura el solicitante en virtud de la póliza grupal? _____ Día _____ Mes _____ Año

5) La cobertura del solicitante era: Finalizada el Día _____ Día _____ Mes _____ Año

Reducido en USD _____ on _____ Día _____ Mes _____ Año

6) ¿En qué fecha se notificó al solicitante su derecho a continuar con esta cobertura de seguro de vida? _____

Debido a _____

Completado por _____ Firma (empleador o administrador)

Puesto _____ Fecha _____, _____

Advertencias de fraude

Revise la advertencia de fraude específica para su lugar de residencia antes de firmar el formulario o solicitud adjunta.

Todos los demás estados: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

Alabama: Cualquier persona que presente deliberadamente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y quedará sujeta a multas de restitución o encarcelamiento, o alguna combinación de estos.

Arkansas/Maine/Ohio/Tennessee: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa será culpable de fraude de seguro.

California: Para su protección, el derecho de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario. Toda persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de un seguro o para presentar una reclamación por el pago de un siniestro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar deliberadamente información o datos falsos, incompletos o engañosos a una empresa de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a dicha empresa. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier empresa de seguros o agente de una empresa de seguros que deliberadamente proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o solicitante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al asegurado o solicitante con respecto a un acuerdo o indemnización pagadera del producto del seguro será denunciado ante la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias reguladoras.

Distrito de Columbia: Es delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si un solicitante proporciona información falsa relacionada materialmente con un reclamo.

Florida: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave del tercer grado.

Kansas: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles determinadas por un tribunal de justicia.

Kentucky: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito.

Louisiana: Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y quedará sujeta a multas y encarcelamiento.

Maryland: Cualquier persona que deliberada o conscientemente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberada o intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un delito y quedará sujeta a multas y encarcelamiento.

Massachusetts/Vermont: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

Nueva Jersey: Cualquier persona que deliberadamente incluya información falsa o engañosa en una solicitud de seguro quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

Nuevo México: Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un crimen y quedará sujeta a multas civiles y sanciones penales.

Nueva York: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también quedará sujeta a sanciones civiles que no excedan los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada una de esas infracciones.

Carolina del Norte/Oregón: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

Puerto Rico: Cualquier persona que proporcione información oral o escrita, u ofrezca cualquier testimonio sobre acciones ilegales o inadecuadas que debido a su naturaleza constituyan acciones fraudulentas para las empresas aseguradoras, a sabiendas de que los datos son falsos, estará cometiendo un delito grave y, tras la condena, será sancionada por cada infracción con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5000) y no más de diez mil dólares (\$10 000) por cada infracción, o una pena fija de prisión por tres (3) años, o ambas penas. En caso de que existan circunstancias agravantes, la sanción así establecida podrá incrementarse hasta un máximo de cinco (5) años; si existen circunstancias atenuantes, podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Rhode Island: Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito, y quedará sujeta a multas y encarcelamiento.

Virginia: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley estatal.

Washington: Es delito proporcionar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a una empresa de seguros con el fin de defraudar a dicha empresa. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de beneficios de seguro.