

# Solicitud de portabilidad



**Debe presentar la solicitud de portabilidad y enviar la primera prima a Advance Insurance Company of Kansas (AICK) dentro de los treinta y un días siguientes a la fecha de terminación del seguro de vida grupal anterior del asegurado según lo indica la póliza grupal.**

De acuerdo con y sujeto a todos los términos y condiciones de la póliza grupal mencionada, la persona en la Sección 1 hace la solicitud para continuar con su seguro, conforme a los términos de la estipulación de portabilidad de la póliza grupal. Dicha póliza debe continuar de acuerdo con las siguientes solicitudes y declaraciones de hecho:

## Sección 1 – Información del asegurado

Nombre del empleador (titular de la póliza grupal) \_\_\_\_\_

Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_ Género  Masculino  Femenino \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento

Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección a la que se deben enviar los avisos sobre las primas \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de teléfono móvil

Ciudad \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ +4 \_\_\_\_\_ Fecha de terminación del empleo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Si su empleo termina porque está discapacitado, usted no es elegible para la portabilidad.**

## Sección 2 – Cobertura de la portabilidad

La cobertura continúa para:

<input type="checkbox"/> Mí mismo (el empleado)	<input type="checkbox"/> Vida	<input type="checkbox"/> Vida/AD&D	Monto: \$ _____
<input type="checkbox"/> Mi cónyuge*	<input type="checkbox"/> Vida	<input type="checkbox"/> Vida/AD&D	Monto: \$ _____
<input type="checkbox"/> Mi hijo(s) derechohabiente(s)*	<input type="checkbox"/> Vida	<input type="checkbox"/> Vida/AD&D	Monto: \$ _____

\* La cobertura para el cónyuge o hijos derechohabientes solo se puede transferir si usted (el empleado) también hace una solicitud de portabilidad para su cobertura. De otro modo, ellos tendrán que solicitar la continuación de la cobertura bajo el privilegio de conversión.

Si desea que las primas se deduzcan automáticamente, complete el formulario AICK 25A de autorización de pago automático, el cual está disponible en nuestro sitio web: [www.advanceinsurance.com](http://www.advanceinsurance.com)

## Sección 3 – Información del beneficiario

Si la designación del beneficiario que se muestra abajo es diferente de la designación de la póliza grupal, se considerará un aviso escrito de cambio de beneficiario bajo la póliza grupal con entrada en vigor en la fecha de ejecución de esta solicitud.

Si necesita más espacio, adjunte una hoja separada con la información completa que **haya firmado y con fecha.**

Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

## Sección 4 – Autorización

**Se requiere su firma**

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito en letra de molde