

## Designación de Beneficiario del Seguro de Vida a Término de Grupo

Metropolitan Life Insurance Company

- Este formulario **DEBE** ser firmado antes de devolverlo. Ver la "SECCIÓN III – Firma" en la página 3.

### SECCIÓN I – Información del Asegurado

Número de Cliente	Nombre del Empleador/Nombre del Titular de la Póliza de Grupo		
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento	Número Telefónico ( )	Número de Seguro Social	

### SECCIÓN II – Información del Beneficiario

- Usted **DEBE** designar al menos a un beneficiario primario. **Solo se puede señalar a una persona una vez.** Toda persona señalada en la sección primaria no puede aparecer en la sección contingente.
- La suma de los porcentajes del Beneficiario Primario **DEBE dar 100%**. La suma de los porcentajes del Beneficiario Contingente **DEBE dar 100%**. No se aceptan montos en dólares, fracciones ni decimales.
- Si necesita más espacio para beneficiarios adicionales, adjunte una página por separado. Incluya toda la información del beneficiario, y firme/ponga la fecha a la página.

Complete la sección que pertenezca al tipo de beneficiario que está designando.

#### A. Beneficiarios Individuales

**BENEFICIARIO PRIMARIO** – Su primera opción para recibir los beneficios de su seguro de vida en caso de su fallecimiento. Si alguno de sus beneficiarios primarios fallece antes que usted, el porcentaje de esa persona se dividirá equitativamente entre los demás beneficiarios primarios.

Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido		Participación: %
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	
Parentesco con el Empleado	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Número Telefónico ( )	
Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido		Participación: %
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	
Parentesco con el Empleado	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Número Telefónico ( )	
Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido		Participación: %
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	
Parentesco con el Empleado	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Número Telefónico ( )	

**BENEFICIARIO CONTINGENTE** – Su segunda opción para recibir los beneficios de su seguro de vida si NINGUNO de sus beneficiarios primarios sobrevive después de su fallecimiento. Si alguno de sus beneficiarios contingentes fallece antes que usted, el porcentaje de esa persona se dividirá equitativamente entre los demás beneficiarios continentes.

Nombre		Inicial del Segundo Nombre	Apellido		Participación: %	
Dirección – Calle		Ciudad		Estado		Código Postal
Parentesco con el Empleado	Número de Seguro Social		Fecha de Nacimiento	Número Telefónico (      )		

Nombre		Inicial del Segundo Nombre	Apellido		Participación: %	
Dirección – Calle		Ciudad		Estado		Código Postal
Parentesco con el Empleado	Número de Seguro Social		Fecha de Nacimiento	Número Telefónico (      )		

**B. Fideicomiso de Vida** –  Primario  Contingente

Si este formulario es ejecutado por el asegurado, se entiende y acepta que si MetLife recibe comprobante satisfactorio de que el fideicomiso antes mencionado ha sido revocado o no está vigente después del fallecimiento del asegurado, el beneficiario será el Patrimonio del asegurado, salvo que este formulario indique lo contrario.

Nombre del Fideicomiso		Fecha del Fideicomiso	Número Telefónico del Fiduciario (      )		Participación: %
Nombre del Fiduciario		Inicial del Segundo Nombre	Apellido		
Dirección – Calle del Fiduciario		Ciudad		Estado	

**C. Fideicomiso Testamentario Creado en el Testamento del Asegurado** –

Primario  Contingente

El Fideicomiso/Fiduciario bajo cualquier Testamento y Última Voluntad que yo haya dejado será aceptado para su validación.

					Participación: %
--	--	--	--	--	---------------------

**D. Patrimonio del Asegurado** –  Primario  Contingente

Si se selecciona al Patrimonio del Asegurado como el Beneficiario Primario, no se podrá nombrar un Beneficiario Contingente.

**E. Entidad Benéfica/Organización** –  Primario  Contingente

Asegúrese de nombrar la entidad benéfica u organización y no al director o a un empleado de la entidad benéfica u organización.

Nombre de la Entidad Benéfica/Organización		Número Telefónico (      )		<b>Participación:</b> %
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	

### SECCIÓN III – Firma

Marque si va a completar o firmar este formulario como agente del empleado bajo un Poder Notarial válido. Envíe una copia del Poder Notarial con este formulario del beneficiario. El trámite del Poder Notarial está sujeto a revisión por parte de MetLife.

Por medio de la presente, revoco toda designación previa, y designo a la persona, personas o entidad nombrada en la Sección II como Beneficiario(s). Me reservo el derecho de cambiar o revocar esta designación en cualquier momento.

**Nombre del Asegurado/Propietario (Escriba en letra de imprenta)**

\_\_\_\_\_

**Firma del Asegurado/Propietario**

▶ \_\_\_\_\_

Fecha (fecha en la que se completó el formulario)

\_\_\_\_\_

### Cómo Enviar Este Formulario

El empleado debe proporcionar el formulario completado a su empleador o administrador de beneficios. Conserve una copia para sus registros.

**Recuerde que: DEBE devolver todas las páginas de este formulario.**