

# Designación de beneficiario del seguro de vida a término de grupo

Metropolitan Life Insurance Company

## Cosas para conocer antes de empezar

- Este formulario **DEBE** ser firmado antes de enviarlo. Ver la "SECCIÓN 3 - Firma" en la página 9.



DEBE enviar todas las páginas de este formulario.

## SECCIÓN 1: 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 (mm/dd/aaaa)	Número telefónico	Número de seguro social	

## SECCIÓN 2: Información del Plan y del Beneficiario

- Usted **DEBE** designar al menos a un beneficiario primario para **cada** cobertura en la que está inscrito. **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 y 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 cada sección de cobertura y todas las secciones que pertenezcan al tipo de beneficiario que está designando**

### Seguro de vida básico - Designación de beneficiario

Elijo que la designación de beneficiario indicada a continuación aplique para los planes de Seguro de Vida Básicos brindados por MetLife:

**A. Beneficiarios individuales**

**Beneficiario primario** - Su primera opción para recibir su seguro de vida procede 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.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido		Participación %
Dirección - Calle	Ciudad	Estado	Código postal	
Parentesco con el empleado	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	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 (mm/dd/aaaa)	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 (mm/dd/aaaa)	Número telefónico	

**Beneficiario contingente** - Su segunda opción para recibir su seguro de vida procede 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 contingentes.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido		Participación %
Dirección - Calle		Ciudad	Estado   Código postal	
Parentesco con el empleado	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	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 (mm/dd/aaaa)	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 (mm/dd/aaaa)	Número telefónico del fiduciario		Participación %
Nombre del fiduciario	Inicial del segundo nombre	Apellido			
Dirección - Calle del fideicomisario		Ciudad	Estado	Código postal	

**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 asegurador -**  Primario  Contingente

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

Participación %

**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

Participación %

Dirección - Calle

Ciudad

Estado

Código postal

**Muerte accidental y desmembramiento para seguro de vida básico - Designación de beneficiario**

Elijo que la designación de beneficiario indicada a continuación aplique para los planes de Muerte Accidental y Desmembramiento brindados por MetLife:

**A. Beneficiarios individuales**

**Beneficiario primario** - Su primera opción para recibir su seguro de vida procede 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.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido		Participación %	
Dirección - Calle		Ciudad	Estado		Código postal
Parentesco con el empleado	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	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 (mm/dd/aaaa)	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 (mm/dd/aaaa)	Número telefónico	

**Beneficiario contingente** - Su segunda opción para recibir su seguro de vida procede 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 contingentes.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido		Participación %
Dirección - Calle		Ciudad	Estado   Código postal	
Parentesco con el empleado	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	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 (mm/dd/aaaa)	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 (mm/dd/aaaa)	Número telefónico del fiduciario		Participación %
Nombre del fiduciario	Inicial del segundo nombre	Apellido			
Dirección - Calle del fideicomisario		Ciudad	Estado	Código postal	

**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 asegurador -**  Primario  Contingente

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

Participación %

**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

Participación %

Dirección - Calle

Ciudad

Estado

Código postal

**Seguro de vida complementario/opcional - Designación de beneficiario**

Elijo que la designación de beneficiario indicada a continuación aplique para los planes de Seguro de Vida Complementario/Opcional brindados por MetLife:

**A. Beneficiarios individuales**

**Beneficiario primario** - Su primera opción para recibir su seguro de vida procede 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.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido		Participación %	
Dirección - Calle		Ciudad	Estado		Código postal
Parentesco con el empleado	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	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 (mm/dd/aaaa)	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 (mm/dd/aaaa)	Número telefónico	

**Beneficiario contingente** - Su segunda opción para recibir su seguro de vida procede 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 contingentes.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido		Participación %
Dirección - Calle		Ciudad	Estado   Código postal	
Parentesco con el empleado	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	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 (mm/dd/aaaa)	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 (mm/dd/aaaa)	Número telefónico del fiduciario		Participación %
Nombre del fiduciario	Inicial del segundo nombre	Apellido			
Dirección - Calle del fideicomisario		Ciudad	Estado	Código postal	

**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 asegurador -**  Primario  Contingente

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

Participación %

**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

Participación %

Dirección - Calle	Ciudad	Estado	Código postal
-------------------	--------	--------	---------------

**Muerte accidental y desmembramiento para seguro de vida complementario/opcional - Designación de beneficiario**

Elijo que la designación de beneficiario indicada a continuación aplique para los planes de Muerte Accidental y Desmembramiento brindados por MetLife:

**A. Beneficiarios individuales**

**Beneficiario primario** - Su primera opción para recibir su seguro de vida procede 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.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido		Participación %	
Dirección - Calle		Ciudad	Estado		Código postal
Parentesco con el empleado	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	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 (mm/dd/aaaa)	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 (mm/dd/aaaa)	Número telefónico		

**Beneficiario contingente** - Su segunda opción para recibir su seguro de vida procede 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 contingentes.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido			Participación %
Dirección - Calle		Ciudad	Estado	Código postal	
Parentesco con el empleado	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	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 (mm/dd/aaaa)	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 (mm/dd/aaaa)	Número telefónico del fiduciario		Participación %
Nombre del fiduciario	Inicial del segundo nombre	Apellido			
Dirección - Calle del fideicomisario		Ciudad	Estado	Código postal	

**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 asegurador -**  Primario  Contingente

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

Participación %

**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			Participación %
Dirección - Calle	Ciudad	Estado	Código postal		

### SECCIÓN 3: Firma

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

Por medio de la presente, revoco toda designación previa, y designo a la persona, personas, o entidad nombrada en la Sección 2 como Beneficiario(s). Me reservo el derecho a cambiar o revocar esta designación en cualquier momento.

<b>Nombre del asegurado/propietario</b> (Escriba en letra imprenta)		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
<b>Firme Aquí</b> Firma del asegurado/propietario		Fecha (mm/dd/aaaa) (fecha en la que se completó el formulario)

### SECCIÓN 4: Cómo enviar este formulario

El empleado debe entregar el formulario completado a su empleador. Conserve una copia para sus registros.