MetLife

Designación de beneficiario del seguro de vida a término de grupo

- Este formulario **DEBE** ser firmado antes de enviarlo. Ver la "SECCIÓN III – Firma" en la página 5.

SECCIÓN I – Información del Asegurado

Número de Cliente

109929

Nombre del Empleador/Nombre del Titular de la Póliza de Grupo

Harvard University

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento	Número Telefónico ( )	HUID	

SECCIÓN II – 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 BASICO – 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	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 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	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 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 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 ( )		**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	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 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	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 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 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 ( )		**Participación: %**
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	

SECCIÓN III - 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 II como Beneficiario(s). Me reservo el derecho a cambiar o revocar esta designación en cualquier momento.

Nombre del Asegurado/Propietario (Escriba en letra imprenta)

_____

Firma del Asegurado/Propietario

▶ _____

Fecha (fecha en la que se completó el formulario)

_____

Cómo Enviar Este Formulario

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

Dirección Postal: Benefits Office, 114 Mount Auburn Street 4th Floor, Cambridge, MA 02138

Nota: DEBE enviar todas las páginas de este formulario.