

## Notificación de Privilegio de Conversión del Seguro de Vida de Grupo

**INSTRUCCIONES PARA EL TITULAR DE LA PÓLIZA/ENCARGADO DE LOS REGISTROS:** Complete esta Notificación y entregue una copia al empleado cuando la cobertura de grupo termine o se reduzca. Si la cobertura ha sido cedida, proporcione la notificación al Cesionario. Si se pagó una reclamación para la Opción de Beneficios Acelerados, indique el monto de cobertura restante luego del pago. Envíe por fax una copia para archivo de esta Notificación a MetLife al 1-888-422-4272, o por correo electrónico a [solutions@metlife.com](mailto:solutions@metlife.com).

**INSTRUCCIONES PARA LA PERSONA ELEGIBLE:** Al momento de la terminación o reducción del seguro de grupo, podrá convertir su cobertura a una póliza de seguro de vida individual, que se emitirá sin que deba realizarse ningún examen médico, en caso de que la solicite y pague la prima requerida dentro del período de solicitud.

**PERÍODO DE SOLICITUD:** El período de solicitud se basa en la fecha en que termina la cobertura de grupo y la fecha de esta Notificación. Por lo general tiene 31 días a partir de la fecha de finalización de la cobertura de grupo para solicitar la conversión. No obstante, si esta Notificación tiene una fecha posterior a los 15 días a partir de la fecha de terminación, su período de solicitud se extenderá por 15 días adicionales. Si la extensión de 15 días se aplica a usted, no deberá exceder los 91 días a partir de la fecha de terminación del seguro de grupo.

El período de solicitud de conversión requiere una respuesta inmediata. Si está interesado en convertir su cobertura de grupo, debe reunirse con el Representante de Servicios Financieros de MetLife licenciado y completar una solicitud. Llame al 1-877-ASKMET7 (1-877-275-6387) o envíe un mensaje por correo electrónico a [solutions@metlife.com](mailto:solutions@metlife.com) para iniciar este proceso. Proporcione una copia de esta Notificación al representante cuando se reúnan. Si su solicitud es aprobada, la póliza individual se emitirá el 32º día posterior a la terminación de la cobertura de grupo, independientemente de la fecha de la solicitud.

**Esta Notificación no es una solicitud ni póliza de conversión**

Información sobre la Persona / Empleado Elegible						
Fecha de esta Notificación / /			Fecha en que termina o se reduce la Cobertura de Grupo: / / .			
Nombre del Asegurado (Apellido, Nombre, Inicial 2º Nombre)			Parentesco con el Empleado <input type="checkbox"/> Usted mismo/a <input type="checkbox"/> Dependiente		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento / /
Nombre del Propietario si el Certificado fue Cedido (Apellido, Nombre, Inicial 2º Nombre)					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento / /
Nombre del Dependiente, si corresponde (Apellido, Nombre, Inicial 2º Nombre)					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento / /
Dirección del Asegurado/Propietario		Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono ( ) -	Fecha en que los beneficios del Seguro de Vida de Grupo entraron en vigencia para el asegurado / /
Motivo de la terminación: <input type="checkbox"/> Terminación del Empleo <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Dejó de ser Dependiente Elegible <input type="checkbox"/> Terminación de la Póliza de Grupo o Clase bajo la Póliza <input type="checkbox"/> Discapacidad Total						
Información sobre la Cobertura						
Complete la columna correspondiente teniendo en cuenta el hecho que llevó a la conversión.  Si se pagó un reclamación para la Opción de Beneficios Acelerados, asegúrese de reducir la cantidad disponible para la conversión por la cantidad de la reclamación de la Opción de Beneficios Acelerados.		Si la cobertura finaliza debido a la terminación del empleo o la elegibilidad, o porque debe reducirse, complete los campos correspondientes a continuación.		Si la póliza de grupo o una clase bajo la póliza finaliza, complete los campos correspondientes a continuación. El monto de cobertura disponible para la conversión será el menor de los siguientes: el monto perdido o \$10,000, siempre que el asegurado haya estado cubierto bajo el plan durante al menos cinco años.		
Tipo de cobertura	Póliza de Grupo Número de Informe	Monto de Cobertura		Monto de Cobertura, si es inferior a \$10,000		
Seguro de Vida Básico		\$		\$		
Seguro de Vida Complementario		\$		\$		
Seguro de Vida del Cónyuge Dependiente		\$		\$		
Seguro de Vida del Hijo Dependiente		\$		\$		
Seguro de Vida Universal de Grupo		\$		\$		
Sobreviviente		\$		\$		
Nombre del Titular de la Póliza de Grupo		Dirección y N° de Teléfono del Titular de la Póliza de Grupo ( ) -				
Representante Autorizado del Titular de la Póliza de Grupo (Letra de Imprenta)				Firma del Representante Autorizado del Titular de la Póliza de Grupo Fecha / /		