Filing at a Glance

Company: Metropolitan Life Insurance Company.

Product Name: Long-Term Care Advertising	SERFF Tr Num: META-125590536	State: ArkansasLH
TOI: LTC06 Long Term Care - Other	SERFF Status: Closed	State Tr Num: 38585
Sub-TOI: LTC06.000 Long Term Care - Other	Co Tr Num: I08-17	State Status: Filed-Closed
Filing Type: Advertisement	Co Status:	Reviewer(s): Harris Shearer
	Author: Mary Rinaldi	Disposition Date: 05/14/2008
	Date Submitted: 04/01/2008	Disposition Status: Filed
Implementation Date Requested: On Approval		Implementation Date:

State Filing Description:

General Information

Project Name: I08-17
Project Number: I08-17
Requested Filing Mode: Review & Approval
Explanation for Combination/Other:
Submission Type: New Submission
Overall Rate Impact:
Filing Status Changed: 05/14/2008
State Status Changed: 05/14/2008
Corresponding Filing Tracking Number:

Status of Filing in Domicile: Authorized
Date Approved in Domicile:
Domicile Status Comments:
Market Type: Individual
Group Market Size:
Group Market Type:

Deemer Date:

Filing Description:

Re: Filing No. I08-17

Metropolitan Life Insurance Company ("MetLife")

Long-Term Care Insurance Advertising

NAIC Company No. 65978 - FEIN No. 13-5581829

Dear Sir/Madam:

We enclose for filing electronic copies of the long-term care advertising material described below. The material does not

point to any specific long-term care policy form. It is an Institutional piece to help educate consumers on long-term care insurance.

The English version of the enclosed advertising material was approved by your Department January 22, 2007.

Advertising Form Number	Brief Description of Institutional Advertising Material
ADF#1187.03 (Rev 1006)	LTCI: The Essentials Educational Guide - Spanish Version

Please advise us of your action on this submission in accordance with your usual procedures.

If you have any questions or comments, please do not hesitate to contact me.

Sincerely,
Mary J. Rinaldi
Consultant-Compliance Marketing/AD

Company and Contact

Filing Contact Information

Mary Rinaldi, Consultant- Compliance MKTG/AD
Green Farms Road
Westport, CT 06880
mrinaldi@metlife.com
(203) 221-3859 [Phone]

Filing Company Information

Metropolitan Life Insurance Company.	CoCode: 65978	State of Domicile: New York
1MetLife Plaza	Group Code: -99	Company Type: Life
Long Island City, NY 11101-4015	Group Name:	State ID Number:
(111) 111-1111 ext. [Phone]	FEIN Number: 13-5581829	

Filing Fees

Fee Required? Yes

SERFF Tracking Number:	*META-125590536*	*State:*	*Arkansas*
Filing Company:	*Metropolitan Life Insurance Company.*	*State Tracking Number:*	*38585*
Company Tracking Number:	*I08-17*		
TOI:	*LTC06 Long Term Care - Other*	*Sub-TOI:*	*LTC06.000 Long Term Care - Other*
Product Name:	*Long-Term Care Advertising*		
Project Name/Number:	*I08-17/I08-17*		

Fee Amount:	$25.00
Retaliatory?	No
Fee Explanation:	per advertisement
Per Company:	No

SERFF Tracking Number:	*META-125590536*	*State:*	*Arkansas*
Filing Company:	*Metropolitan Life Insurance Company.*	*State Tracking Number:*	*38585*
Company Tracking Number:	*I08-17*		
TOI:	*LTC06 Long Term Care - Other*	*Sub-TOI:*	*LTC06.000 Long Term Care - Other*
Product Name:	*Long-Term Care Advertising*		
Project Name/Number:	*I08-17/I08-17*		

COMPANY	AMOUNT	DATE PROCESSED	TRANSACTION #
Metropolitan Life Insurance Company.	$0.00	04/01/2008	

CHECK NUMBER	CHECK AMOUNT	CHECK DATE
000908286	$25.00	04/26/2008

Correspondence Summary

Dispositions

Status	Created By	Created On	Date Submitted
Filed	Harris Shearer	05/14/2008	05/14/2008

Amendments

Item	Schedule	Created By	Created On	Date Submitted
Spanish Certification Form	Supporting Document	Mary Rinaldi	04/01/2008	04/01/2008

Disposition

Disposition Date: 05/14/2008

Implementation Date:

Status: Filed

Comment:

Rate data does NOT apply to filing.

SERFF Tracking Number:	*META-125590536*	*State:*	*Arkansas*
Filing Company:	*Metropolitan Life Insurance Company.*	*State Tracking Number:*	*38585*
Company Tracking Number:	*I08-17*		
TOI:	*LTC06 Long Term Care - Other*	*Sub-TOI:*	*LTC06.000 Long Term Care - Other*
Product Name:	*Long-Term Care Advertising*		
Project Name/Number:	*I08-17/I08-17*		

Item Type	Item Name	Item Status	Public Access
Supporting Document	NAIC Form		Yes
Supporting Document	cover letter		Yes
Supporting Document	English version of ADF#1187.03 (Rev 1006)		Yes
Supporting Document	Spanish Certification Form		Yes
Form	LTCI: The Essentials Educational Guide - Spanish Version		Yes

Amendment Letter

Amendment Date:

Submitted Date: 04/01/2008

Comments:

Enclosed is the spanish certification form which was inadvertently omitted.

Changed Items:

Supporting Document Schedule Item Changes:

User Added -Name: Spanish Certification Form

Comment:

Certification -Generic.pdf

Form Schedule

Lead Form Number: ADF#1187.03 (Rev 1006)

Review Status	Form Number	Form Type	Form Name	Action	Action Specific Data	Readability	Attachment
	ADF#1187.03 (Rev 1006)	Advertising	LTCI: The Essentials Educational Guide - Spanish Version	Initial		0	ADF#1187.03 (Rev 1006) Spanish.pdf

Metropolitan Life Insurance Company
New York, NY 10166

MetLife®

Seguro de cuidados a largo plazo: Información básica (The Essentials®)

Guía educativa preparada por
MetLife Mature Market Institute©

ADF#1187.03 (Rev 1006)
L02086360[exp1008] SP

Los servicios de cuidados a largo plazo pueden ser necesarios a cualquier edad. Un adulto mayor puede darse cuenta gradualmente de que la vida cotidiana se está tornando cada vez más difícil sin ayuda, o puede desarrollar la enfermedad de Alzheimer. Una persona más joven puede sufrir un ataque cardíaco, un derrame cerebral o un accidente que resulte en algún tipo de incapacidad, o puede desarrollar una enfermedad crónica grave, como la enfermedad de Parkinson. Los servicios de cuidados a largo plazo incluyen, por lo general, servicios de custodia y de atención personal pero, en algunos casos, pueden estar orientados a los servicios de rehabilitación.

Dado que ni el seguro médico ni Medicare están diseñados principalmente para pagar el costo de los servicios de cuidados a largo plazo, el seguro de cuidados a largo plazo puede ayudar a proporcionarle una manera de pagar por estos cuidados. El seguro de cuidados a largo plazo puede ayudarle a separar activos para cuando se jubile, y a seguir siendo independiente, al proporcionarle el dinero que le permitirá decidir dónde y cómo se le brindarán los cuidados.

Esta guía es una introducción general al seguro de cuidados a largo plazo. Define la terminología que se utiliza generalmente en la industria de los seguros de cuidados a largo plazo, presenta algunas cuestiones básicas y proporciona respuestas a algunas preguntas frecuentes. Esperamos que le sea útil.

Índice

Información General

¿Qué es el cuidado a largo plazo? 1
¿Dónde puedo recibir servicios de cuidados a largo plazo? 1
¿Qué son las Actividades de la Vida Cotidiana (Activities of Daily Living, ADL)? 2

El costo de los servicios de cuidados a largo plazo

¿Cuál es el costo de los servicios de cuidados a largo plazo? 3

Pagar por los servicios de cuidados a largo plazo

¿Cómo se pagan los servicios de cuidados a largo plazo? 4
Autoseguro 5
Medicaid 6
Medicare 6
Seguro de cuidados a largo plazo 7

¿Es el seguro de cuidados a largo plazo adecuado para usted o un miembro de su familia?

¿Quién podría beneficiarse con un seguro de cuidados a largo plazo? 8
¿Cuál es la edad adecuada para comprar un seguro de cuidados a largo plazo? 9
¿Hay alguna persona que no debería comprar un seguro de cuidados a largo plazo? 10

¿Cuál es el costo de una póliza de seguro de cuidados a largo plazo?

¿En que se basa el costo de una póliza de seguro de cuidados a largo plazo? 10

Cómo seleccionar una póliza

¿Qué decisiones debo tomar? 11

¿Cómo puedo protegerme contra el aumento del costo de los cuidados? 14
¿Qué cantidad de cobertura es la indicada para mí? 16

¿Cuáles son los distintos tipos de póliza y de cobertura?

¿Cuál es la diferencia entre póliza “de reembolso”, “de indemnidad” y “por incapacidad”? 17
¿Qué es una póliza “calificada que reúne los requisitos para la deducción de impuestos”? 18
¿Qué son los “Programas Conjuntos” (“Partnership Programs”)?. 18

¿Durante cuánto tiempo necesitaré la cobertura?

¿Durante cuánto tiempo puedo suponer que necesitaré la cobertura? 19

¿Cuáles son los beneficios?

¿Cómo puedo ser elegible para recibir beneficios?. 20
¿Quién determina cuándo soy elegible para recibir beneficios? 20
¿Qué sucede con mis beneficios si dejo de pagar la prima?. 21
¿De qué se trata el beneficio de “devolución de la prima en caso de fallecimiento”?. 22

¿Qué más debo saber?

¿Puedo cambiar de parecer si compro una póliza? 22
¿Pueden aumentar las primas? 23
¿Cómo puedo evaluar a una compañía de seguros de cuidados a largo plazo?. 23
¿Cómo puedo obtener información detallada sobre el seguro de cuidados a largo plazo? 24

Introducción al seguro de cuidados a largo plazo

Los seguros tienen un aspecto técnico, y eso es innegable. Los detalles técnicos son importantes: usted debe comprenderlos a fin de saber qué buscar en una póliza. En algunos casos, las distintas compañías de seguros utilizan términos diferentes para describir características similares. Nos aseguraremos de definir los términos que describen las características y los beneficios de las pólizas de seguro de cuidados a largo plazo típicas. Use este folleto como guía únicamente. Cuando llegue el momento, debe comprender cabalmente en forma general de qué se trata el seguro de cuidados a largo plazo.

Es posible que el seguro de cuidados a largo plazo esté disponible únicamente en inglés. Si compra un seguro de cuidados a largo plazo, sus derechos se regirán exclusivamente por la póliza en idioma inglés.

Al igual que otras coberturas de seguro, las pólizas de seguro de cuidados a largo plazo contienen determinadas exclusiones, limitaciones, reducciones de beneficios y plazos de vigencia. Para obtener todos los detalles, comuníquese con una compañía de seguros que ofrezca seguros de cuidados a largo plazo.

Información General

P. ¿Qué es el cuidado a largo plazo?

R. Cuidado a largo plazo (long-term care, LTC) se refiere a una variedad de servicios diseñados para ayudar a las personas a llevar a cabo las funciones de la vida cotidiana, a fin de que puedan seguir siendo independientes. Algunos cuidados a largo plazo tienen por objetivo brindar ayuda con las actividades diarias a personas que padecen una enfermedad crónica o un impedimento cognitivo, como demencia. Otros servicios de cuidados a largo plazo pueden estar orientados a la rehabilitación, para ayudar a una persona a recuperar la función luego de una lesión grave.

Los índices de incapacidad se están reduciendo gracias a los cuidados preventivos y los avances médicos; pero cuanto más vivan las personas, mayores son las oportunidades de que desarrollen una enfermedad crónica, que haga que aumente la necesidad de recibir asistencia con las actividades diarias.[1]

P. ¿Dónde puedo recibir servicios de cuidados a largo plazo?

R. Muchas personas piensan que los cuidados a largo plazo se refieren únicamente a servicios proporcionados en un hogar de ancianos. Pero es mucho más que eso.

Los servicios de cuidados a largo plazo pueden ser proporcionados por:

- Personal de enfermería
- Auxiliares de enfermería certificados
- Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y terapeutas respiratorios
- Asistentes de salud en el hogar y servicios de tareas domésticas

[1] Medicaid and Long-Term Care, The Henry J. Kaiser Foundation, marzo de 2005.

Puede proporcionarse en muchos lugares distintos, como, por ejemplo:

- Su propio hogar
- Un establecimiento de vivienda asistida[2]
- Un hogar de ancianos
- Un centro de día para adultos
- Una residencia de enfermos crónicos terminales o servicios para enfermos crónicos terminales proporcionados en el hogar

También pueden recibirse servicios de cuidados a largo plazo en una comunidad de cuidados para jubilados. Este tipo de establecimiento generalmente proporciona vivienda, servicios y distintos niveles de servicios de cuidados a largo plazo cuando se los necesita, todo en un mismo lugar. Los tipos de servicio de vivienda[3] y de cuidados que se ofrecen varían en función de las necesidades del residente y permiten al adulto mayor que vive allí "envejecer en un hogar".

La expectativa de vida después de los 65 años es, actualmente, de 18,4 años, lo cual representa un aumento de 5,6 años con respecto a 1940.[4]

P. ¿Qué son las Actividades de la Vida Cotidiana (Activities of Daily Living, ADL)?

R. La industria del seguro tiene definiciones específicas que utiliza con respecto a determinadas actividades y funciones. Estas se denominan Actividades de la Vida Cotidiana (Activities of Daily Living, ADL), las cuales se enumeran a continuación.

- Vestirse
- Bañarse
- Trasladarse (moverse desde o hacia una cama o silla)
- Asearse
- Comer
- Continencia

[2] En California, a los establecimientos de residencia asistida se los denomina Establecimientos de Cuidados Residenciales.
[3] Terminología utilizada para indicar que los establecimientos de cuidados pueden variar según el estado.
[4] Older Americans Update 2006: Key Indicators of Well Being, Federal Interagency Forum of Aging-Related Statistics, Washington, D.C., Actualizado en mayo de 2006.

El costo de los servicios de cuidados a largo plazo

P. ¿Cuál es el costo de los servicios de cuidados a largo plazo?

R. El costo depende del tipo de cuidado que usted necesite y de dónde viva cuando necesita el cuidado. Sobre la base de la MetLife Market Survey of Nursing Home & Home Care Costs[5] (encuesta de MetLife Market sobre los costos de asilos de ancianos y asistencia domiciliaria) y la MetLife Market Survey of Assisted Living Costs[6] (encuesta de MetLife Market sobre los costos de residencias asistidas), los costos para el año 2006 son los siguientes.

Costos de una habitación semiprivada en un hogar de ancianos

Semiprivada superior = US$ 570
Semiprivada inferior = US$ 104
Tarifa nacional promedio por día = US$ 183
Tarifa nacional promedio por año = US$ 66.795

Cuidados de la salud en el hogar

Costos de asistentes de cuidados de la salud en el hogar
Tarifa alta por hora = US$ 29
Tarifa baja por hora = US$ 12
Tarifa nacional promedio por día = US$ 19
Tarifa anual promedio (supone cinco horas al día, cinco días a la semana) = US$ 24.700

Vivienda asistida — Tarifa básica

Mensual — US$ 2.955
Tarifa nacional promedio por año = US$ 35.460

[5] The MetLife Market Survey of Nursing Home and Home Care Costs, MetLife Mature Market Institute, septiembre de 2006.
[6] The MetLife Market Survey of Assisted Living Costs, MetLife Mature Market Institute, octubre de 2006.

Si usted necesita asistencia en el hogar de un Asistente de Salud en el Hogar (Home Health Aide, HHA), puede comenzar con una visita por hora, pero si se vuelve más delicado en el futuro, es posible que comience a necesitar ayuda con actividades como bañarse. Esto puede aumentar el tiempo que el HHA necesitaría pasar con usted por día y puede aumentar el costo del servicio. Además, si sus necesidades cambian y necesita servicios de enfermería especializada en lugar de un HHA, generalmente el costo de los cuidados será mayor.

Dado que las situaciones en las que se necesitan cuidados varían en gran medida según la persona, los costos de los cuidados y el lugar en que se los recibe también pueden variar. Por lo general, el costo anual promedio de un HHA es menor que el costo anual promedio de un hogar de ancianos, pero, por ejemplo, si usted necesita cuidados durante todo el día, los costos pueden ser más altos. Nuevamente, esto depende en gran medida de la situación en la que necesita cuidados.

Pagar por los servicios de cuidados a largo plazo

P. ¿Cómo se pagan los servicios de cuidados a largo plazo?

R. Básicamente, existen cuatro formas de pagar por servicios de LTC.

1. **Autoseguro**
2. **Medicaid**
3. **Medicare**
4. **Seguro de cuidados a largo plazo**

1. Autoseguro significa separar o tener suficiente dinero para pagar servicios futuros de LTC en forma privada, si se vuelven necesarios. Este plan puede requerir un plan de ahorro dedicado, agresivo e inmediato. Es imposible saber si estos servicios serán necesarios y cuándo lo serán, y eso hace que la cantidad que se pretende ahorrar sea difícil de determinar.

Por ejemplo, si un miembro de la familia es víctima de un accidente que lo deja parcialmente paralizado o desarrolla la enfermedad de Parkinson, muy probablemente se necesitará algún tipo de servicios de cuidados a largo plazo para ayudarle a desarrollar sus funciones diarias.

2. Medicaid, un programa para personas con bajos ingresos, ofrecido por los gobiernos federal y estatal en conjunto, proporcionará cobertura de gastos de cuidados a largo plazo si sus ingresos y activos son muy bajos o después de que haya agotado casi todos sus activos. Se trata de un programa que otorga beneficios conforme a requisitos legales, en función de estrictas pautas en cuanto a los ingresos y los activos. Es posible que deba pagar de su propio bolsillo los cuidados, los gastos de manutención y otros gastos "permitidos" antes de ser elegible para Medicaid. Esto se conoce como período "spend-down" o de gastos a cargo del paciente.

Si bien cada estado tiene distintos criterios de elegibilidad para este programa gubernamental, los activos e ingresos están sujetos a revisión, a fin de determinar si usted es elegible. Muchas personas intentan transferir todos sus activos inmediatamente una vez que se determinó que necesitan asistencia de cuidados a largo plazo; sin embargo, este período no siempre cumplirá con los criterios del período "retroactivo".[7]

[7] Transferencia de activos, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, www.cms.hhs.gov/medicaid/eligibility/assets.asp.

El período retroactivo es un período de 60 meses anterior a la fecha de solicitud de Medicaid. Esto significa que determinados activos que han sido transferidos por un valor menor al valor justo de mercado o han sido simplemente “donados” a otras personas durante este período aún se consideran como dinero del beneficiario de cuidados, y este deberá usarlos para pagar sus servicios de cuidados a largo plazo. El período retroactivo para activos transferidos a un fideicomiso es de 60 meses.

En cuanto a la elegibilidad para Medicaid, asegúrese de averiguar cuáles son los requisitos de su estado.

3. Medicare es el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o más, y para personas incapacitadas de cualquier edad que reciban los beneficios del Seguro Social durante no menos de 24 meses. Fue diseñado para pagar una parte de los costos de determinados servicios de cuidados de la salud, a fin de brindar a los beneficiarios acceso a un nivel básico de cuidados de la salud. La mayor parte de los cuidados proporcionados en los EE. UU. hoy en día en relación con enfermedades o condiciones crónicas a largo plazo consiste en cuidado personal o de custodia y, en algunos casos, puede ser de rehabilitación. Por lo general, Medicare no pagará por el cuidado personal o de custodia. Sin embargo, Medicare cubrirá una parte de los gastos de cuidados a largo plazo durante un período breve por período de beneficios de Medicare si:

- Luego de una estadía mínima de tres días en un hospital, sin incluir el día de alta, usted necesita un nivel de cuidados superior, según lo indicado por un médico, como cuidados de enfermería especializada o servicios de rehabilitación. Medicare paga por los primeros 20 días de su estadía en un establecimiento de enfermería especializada aprobado por Medicare.

- Los días 21 a 99 de su estadía, usted paga un copago diario determinado anualmente por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS). Es posible que las pólizas Medigap cubran los copagos diarios.
- Después de 100 días, Medicare no pagará cargo alguno por estos servicios.

Póliza Complementaria de Medicare (también conocida como "Medigap")[8] Las pólizas Medigap tienen por objeto proporcionar cobertura para los copagos y deducibles de Medicare. Los diversos tipos de pólizas, que generalmente se clasifican con las letras A-J en la mayoría de los estados, no fueron diseñadas principalmente para cubrir los gastos de cuidados a largo plazo,[9] salvo los descritos en el número tres.

La admisión en un hogar de ancianos no es suficiente para reunir los requisitos para recibir el pago de Medicare. El nivel y el tipo de cobertura determinan si se proporcionará cobertura a corto plazo de Medicare para cuidados a largo plazo. Medicare paga por los cuidados de salud en el hogar a corto plazo, siempre y cuando se cumplan determinadas pautas.

4. Seguro de cuidados a largo plazo
Se trata de un seguro diseñado para ayudar a pagar el costo de los servicios de cuidados a largo plazo si los necesita. No es lo mismo que un seguro médico, que generalmente proporciona cobertura para visitas al médico y estadías en el hospital. Según el tipo de póliza y de cobertura seleccionado, el seguro de cuidados a largo plazo puede proporcionar cobertura para cuidados a largo plazo en distintos lugares: su hogar, hogares de ancianos, centros de cuidados de día para adultos y establecimientos de residencia asistida.

[8] No relacionado con el Gobierno de los EE. UU. ni el programa Medicare federal, ni avalado por estos.
[9] Driscoll, M., Medicare and Medicare Supplements 1, The Complete Idiot's Guide to Long-Term Care Planning, (2003).Alpha Books: Indianápolis, IN 46290. ISBN: 0028643801

El seguro de cuidados a largo plazo puede adquirirse de manera individual o grupal. Si se adquiere en forma grupal, el patrocinador del grupo es el titular de la póliza, en nombre de quien se emite la póliza. El asegurado recibirá un certificado como evidencia de cobertura. Si se adquiere en forma individual, el asegurado es el titular de la póliza, en nombre de quien esta se emite.

A menudo, a los empleados que se inscriben en un plan grupal se les puede garantizar cobertura sin proporcionar ninguna historia clínica, con la condición de que se inscriban durante el período de inscripción inicial y estén trabajando en forma activa (no se ausenten a causa de incapacidad, licencia o enfermedad) en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Los emisores de pólizas de seguro de cuidados a largo plazo individuales exigen que usted se someta a una evaluación de riesgos antes de la aprobación de su póliza de seguro de cuidados a largo plazo.

¿Es el seguro de cuidados a largo plazo adecuado para usted o un miembro de su familia?

P. ¿Quién podría beneficiarse con un seguro de cuidados a largo plazo?

R. La necesidad de recibir cuidados a largo plazo puede surgir en cualquier momento, no solo cuando envejece. Si es soltero, es menos probable que pueda contar con los cuidados gratuitos de un miembro de la familia. El seguro de cuidados a largo plazo puede ayudarle a obtener y pagar los servicios que necesita.

Si es casado o vive en un hogar con muchas personas, y usted y su cónyuge envejecen juntos, es posible que sus funciones necesarias para la vida se deterioren al mismo ritmo. Si sus hijos adultos viven en otro lugar o si sus necesidades de cuidados son mayores que las que una familia puede proporcionar, es posible que necesite asistencia paga. Además, si determinadas condiciones crónicas son comunes en su familia -el tipo de condiciones que requieren algún tipo de asistencia diaria-, es importante que tenga en cuenta el seguro de cuidados a largo plazo.

Si no tiene una póliza específica designada como seguro de cuidados a largo plazo (denominada "Seguro de hogar de ancianos y de cuidados en el hogar" en algunos estados), generalmente sus gastos de cuidados a largo plazo no estarán cubiertos.

P. ¿Cuál es la edad adecuada para comprar un seguro de cuidados a largo plazo?

R. Por lo general, el seguro de cuidados a largo plazo puede proporcionar cobertura a cualquier persona de 18 años o más. Cuanto más joven sea cuando adquiere el seguro de cuidados a largo plazo, mayores serán las posibilidades de que goce de buena salud y de que sea asegurable. Por lo general, cuanto más joven sea, más bajo será el costo de sus primas anuales.

¿Hay alguna persona que no debería comprar un seguro de cuidados a largo plazo?

R. Es importante que pueda pagar las primas, no solo ahora, sino también en el futuro. Si tiene ingresos fijos o ahorros limitados, es posible que las primas le resulten muy difíciles de pagar a largo plazo. En esta situación, es posible que desee analizar detenidamente sus necesidades y recursos, y tal vez conversar con un miembro de la familia o un asesor financiero para decidir si esta es la mejor compra para usted.

¿Cuál es el costo de una póliza de seguro de cuidados a largo plazo?

Q. ¿En que se basa el costo de una póliza de seguro de cuidados a largo plazo?

R. El costo de la póliza se basa en factores tales como:

- Su edad en el momento en que compró la póliza
- El tipo de póliza comprada (una póliza "básica" puede costar menos en comparación con otra póliza de la misma compañía, que ofrece más características)
- La cantidad del beneficio diario/mensual que usted ha comprado
- La cantidad de "extras", como cláusulas adicionales u opciones que puede optar por comprar dentro de un nivel de beneficios particular
- La cantidad de tiempo durante el cual se pagará el beneficio diario/mensual

- El período de eliminación o “período de carencia”, que consiste en los días durante los cuales usted debe pagar por sus cuidados en efectivo

Cada aseguradora ofrece pólizas de seguro de cuidados a largo plazo distintas, pero no debe comprar solo por el precio. La póliza de menor costo puede no ser la mejor opción para usted o su familia.

Cómo seleccionar una póliza

P. ¿Qué decisiones debo tomar?

R. Si decide comprar una póliza, es importante que haga las siguientes preguntas para ayudarle a decidir qué opciones serán las más apropiadas para su situación.

1. **¿Debo elegir un plan integral o que cubra solo establecimientos?**
2. **¿Qué Cantidad Diaria de Beneficios debo elegir?**
3. **¿Qué Período de Beneficios debo elegir?**
4. **¿Cuánto durará el Período de Eliminación?**
5. **¿Cómo puedo protegerme contra el aumento del costo de los cuidados?**

1. Plan integral

Los planes integrales pueden ayudar con los cuidados recibidos en el hogar así como los cuidados recibidos en establecimientos. Un plan integral cubre los servicios de cuidados a largo plazo en un hogar de ancianos, un establecimiento de vivienda asistida o de cuidados residenciales, cuidados para enfermos crónicos terminales en una residencia y servicios de descanso en un establecimiento. También cubre cuidados en el hogar, cuidados de día para adultos,

cuidados para enfermos crónicos terminales y servicios de descanso en el hogar. La posibilidad de recibir beneficios para cuidados en el hogar puede contribuir a que el beneficiario viva en forma independiente en su hogar, en lugar de vivir en un establecimiento de cuidados a largo plazo.

Plan que cubre solo establecimientos[10]

Este plan cubre los servicios de cuidados a largo plazo proporcionados en un hogar de ancianos, establecimiento de vivienda asistida o residencia de enfermos crónicos terminales.[11] Los planes que cubren solo establecimientos no cubren cuidados en el hogar pero, por lo general, son menos costosos que los planes integrales.

2. Cantidad Diaria de Beneficios (Daily Benefit Amount, DBA)

Las pólizas ofrecen un beneficio en la forma de "Cantidad Diaria de Beneficios". La DBA puede ser la cantidad máxima o la cantidad real que la póliza de seguro pagará por día por los servicios cubiertos.

Algunas pólizas ofrecen beneficios que se pagan semanal o mensualmente. Es importante saber cuáles son las normas de cualquier póliza que pueda considerar adquirir.

3. Período de beneficios

Se define como la cantidad de tiempo durante el cual usted desea recibir una DBA. Este período puede durar desde dos hasta diez años, o una cantidad ilimitada de tiempo.

[10] Es posible que las pólizas que cubren solo establecimientos no se vendan u ofrezcan en Vermont.

[11] Los establecimientos de cuidados a largo plazo pueden llevar distintos nombres en los diferentes estados.

La siguiente es una fórmula simple que le ayudará a determinar el beneficio total de por vida de la DBA que elija.

DBA x Período de Beneficios (en días)
= Beneficio Total de Por Vida.
Por ejemplo, un DBA de US$ 100 x 1.095 días (3 años x 365 días) equivale a US$ 109.500.

En general, el DBA se paga durante todo el tiempo en el cual usted reúne los requisitos para recibir los beneficios y necesita los servicios, hasta que haya utilizado su beneficio de por vida total.

4. Período de eliminación

Para mantener más bajo el costo de sus primas, la mayoría de las pólizas son pagaderas solo después de un "período de eliminación" o "período de carencia", que es similar a un deducible. Por lo general, estos términos significan lo mismo. Este es el período durante el cual usted debe ser elegible para recibir beneficios (y en determinados tipos de pólizas, usted también debe estar recibiendo servicios cubiertos) antes de que sus beneficios de seguro sean pagaderos. Durante este tiempo, generalmente continuará pagando las primas.

Las pólizas que tienen un período de eliminación breve o no tienen ninguno generalmente son más costosas que las pólizas que tienen un período de eliminación extendido. Algunas compañías le exigen que cumpla con el período de eliminación prescrito solo una vez en la vida. Otras le exigen que cumpla con el período de eliminación prescrito cada vez que necesite servicios de cuidados a largo plazo.

Las pólizas pueden proporcionar distintos métodos para calcular el período de eliminación requerido cuando recibe cuidados de salud en el hogar.

Existen varias opciones disponibles para ayudarle a mantenerse a la par de los costos futuros de los cuidados. Antes de comprar una póliza, asegúrese de comprender los beneficios y las opciones que se ofrecen con la póliza que está analizando.

5. ¿Cómo puedo protegerme contra el aumento del costo de los cuidados?

Existen cuatro opciones que pueden ayudarle a protegerse contra el aumento de los costos de los cuidados en el futuro.

A. Opción compuesta automática contra la inflación

La opción de protección automática contra la inflación ayuda a mantenerse a la par de los costos futuros de los cuidados. Este aumento anual se basa en su DBA compuesto. Es importante destacar que no todas las pólizas ofrecen la opción de aumentos automáticos contra la inflación.[12] Elegir una Opción Automática Compuesta contra la Inflación resultará en una DBA más alta que la de la Opción Automática Simple contra la Inflación.

B. Opción Automática Simple contra la Inflación

El aumento anual durante la vigencia de la cobertura se basa en la DBA comprada inicialmente.

[12]En Arizona, todas las pólizas deben ofrecer opciones de protección contra la inflación.

Elegir alguna de estas opciones al momento de la compra tendrá como resultado primas más altas al principio, pero también proporcionará un aumento anual "automático" en beneficios sin un aumento de la prima. El aumento es, generalmente, del cinco por ciento anual.

La Cantidad Diaria de Beneficios aumenta a Tasas Simples y Compuestas (5%)

Año	Simple	Compuesta	Diferencia
0	$100	$100	$0
10	$150	$163	$13
15	$175	$208	$33
20	$200	$265	$65
25	$225	$339	$114
30	$250	$432	$182

Fuente: *Planning for Long-Term Care,* United Seniors Health Council, McGraw-Hill, 2000
ISBN: 0071398481 Utilizada con permiso por escrito

C. Protección Periódica contra la Inflación
La prima que paga cuando compra el seguro paga la cantidad diaria de beneficios que eligió inicialmente. Periódicamente se ofrecen oportunidades de aumentar la cobertura, generalmente sin tener que proporcionar pruebas de buena salud.

En algunas pólizas, estas oportunidades solo se ofrecen a personas que no han rechazado una determinada cantidad de ofertas de aumento. Su prima aumentará en función de su edad en el momento en el que la oferta contra la inflación es aceptada, pero solo aumentará para el beneficio adicional actual que usted compre.

D. Opción de Compra Futura (Future Purchase Option, FPO)
Esta opción también ofrece protección contra los aumentos de los costos de los cuidados a largo plazo. Aumenta su DBA y la cantidad restante de su Beneficio Máximo de Por Vida cada pocos años con un costo adicional, siempre y cuando usted no sea elegible para recibir beneficios y no rechace el aumento.

En algunas pólizas, una vez que haya rechazado un cantidad determinada de aumentos que le han ofrecido, no recibirá otras ofertas de aumento a menos que solicite específicamente un aumento de su DBA y apruebe los requisitos de evaluación del riesgo de la compañía de seguros.

P. ¿Qué cantidad de cobertura es la indicada para mí?

R. El costo de los cuidados varían en todo el país; por lo tanto, cuando seleccione una Cantidad Diaria de Beneficios, es importante que compre la cobertura suficiente para pagar los cuidados cuando desee recibirlos. Los costos de los cuidados en el hogar, los hogares de ancianos y los establecimientos de residencia asistida varían ampliamente según la región. Es posible que la Agencia para Ancianos del Área (Area Agency on Aging) pueda proporcionarle los costos actuales. Consulte la página 3 para conocer los costos nacionales promedio.

También debe considerar si desea comprar una opción con protección contra la inflación o una opción de aumento de beneficios, y qué cantidad puede o está dispuesto a asegurar, en caso de hacerlo.

¿Cuáles son los distintos tipos de póliza y de cobertura?

P. ¿Cuál es la diferencia entre póliza "de reembolso", "de indemnidad" y "por incapacidad"?

R. Una póliza de reembolso, también conocida como "póliza de gastos efectuados", es el tipo más común de póliza comprada en la actualidad. Para probar que es elegible para recibir el beneficio, debe cumplir con los requisitos en cuanto a los factores que activan los beneficios por impedimento cognitivo severo o relacionado con las ADL. Recibirá beneficios solo cuando reciba servicios elegibles; los beneficios se le pagan directamente a usted o al proveedor. Este tipo de cobertura paga por la cantidad que resulte menor entre los gastos efectuados y el límite monetario de su póliza.

A diferencia de una póliza de reembolso (o de gastos efectuados), los beneficios pagados por una póliza de indemnidad son una cantidad fija en dólares. La elegibilidad para recibir los beneficios es generalmente la misma que para la póliza de reembolso. Una vez que se establezca la elegibilidad y que usted esté recibiendo servicios de cuidados a largo plazo cubiertos, la compañía de seguros pagará la cantidad diaria de beneficios predeterminada indicada en su póliza los días que recibe un servicio cubierto.

Una póliza por incapacidad pagará una cantidad fija en dólares cualquier día en el que se determine que usted es elegible para recibir los beneficios. En virtud de este plan, no se necesitan facturas del proveedor, y la aseguradora le pagará a menudo la cantidad fija que usted seleccionó, independientemente de si los servicios fueron recibidos o de quién los proporcionó.

P. ¿Qué es una póliza "calificada que reúne los requisitos para la deducción de impuestos"?

R. Las pólizas calificadas que reúnen los requisitos para la deducción de impuestos cumplen con determinadas normas establecidas en la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act), comúnmente conocida como "HIPAA", sancionada por el Congreso en 1996. La HIPAA asegura que los beneficios pagados a partir de pólizas que cumplen con sus normas no se consideran ingreso gravable y que las primas que reúnen los requisitos pueden deducirse como gastos médicos si se alcanzan determinados umbrales. Casi la mitad de los estados ofrecen incentivos impositivos para las primas de seguro de cuidados a largo plazo.

P. ¿Qué son los "Programas Conjuntos" ("Partnership Programs")?

R. Una cantidad cada vez mayor de estados cuentan con Programas Conjuntos o están considerando implementarlos. Los Programas Conjuntos son iniciativas conjuntas por parte de los gobiernos estatales y el sector privado de seguros de cuidados a largo plazo con el objeto de crear una opción para ayudar a las personas a planificar sus necesidades de cuidados a largo plazo sin agotar todos sus activos para pagar por los cuidados.

Las características de los Programas Conjuntos generalmente varían según el estado, pero funcionan

de manera similar. Si una persona compra un seguro de cuidados a largo plazo Conjunto aprobado por el estado, y se agotan los beneficios en virtud de la cobertura de ese seguro, la persona puede solicitar cobertura Medicaid (que en California se denomina "Medi-Cal"). La persona puede conservar la totalidad o una parte de los activos que debería "gastar" si no hubiera comprado el seguro de cuidados a largo plazo Conjunto. Sin embargo, la persona generalmente deberá contribuir una parte de sus ingresos al costo de los servicios de cuidados a largo plazo proporcionados en virtud de Medicaid. Consulte el programa Conjunto de su estado para obtener más información acerca de cómo operan estos programas conjuntos.

¿Durante cuánto tiempo necesitaré la cobertura?

P. ¿Durante cuánto tiempo puedo suponer que necesitaré la cobertura?

R. Se estima que la estadía promedio en un hogar de ancianos es de 2,4 años.[13] Algunas personas permanecen mucho más tiempo o necesitan un período extendido de cuidados en el hogar antes de necesitar que se los admita en un hogar de ancianos. Existen diversos factores que deberían tenerse en cuenta al elegir el período de beneficios: su edad al momento de la compra, su estado de salud actual, la historia clínica de su familia, el aumento de la expectativa de vida, e incluso su estado civil.

Para el año 2030, la población mayor de 65 años será de 71,5 millones, más del doble de la cifra actual.[14]

[13] Merlis, M., Private Long-Term Care Insurance: Who Should Buy It and What Should They Buy?, Redactado para The Kaiser Family Foundation, marzo de 2003.

[14] The Older Population, A Profile of Older Americans: 2004, Administration on Aging.

¿Cuáles son los beneficios?

P. ¿Cómo puedo ser elegible para recibir beneficios?

R. Generalmente, usted pasa a ser elegible cuando no puede realizar dos de las seis Actividades de la Vida Cotidiana (ADL). Esta cantidad puede ser distinta según el asegurador. Además, debe preverse que el período durante el cual no puede realizar las ADL será de, al menos, 90 días. También deberá haber cumplido con el período de eliminación. Las pólizas comienzan a pagar una vez que es elegible y ha cumplido con el período de eliminación. También puede pasar a ser elegible cuando tiene un impedimento cognitivo severo (por ejemplo, ha desarrollado la enfermedad de Alzheimer).

P. ¿Quién determina cuándo soy elegible para recibir beneficios?

R. En virtud de una póliza de seguro de cuidados a largo plazo calificada que reúna los requisitos para la deducción de impuestos, un profesional de cuidados de la salud con licencia debe certificar que usted padece una enfermedad crónica y que necesita un Plan de Cuidados, incluidos servicios de cuidados a largo plazo calificados. Padecer una enfermedad crónica significa no poder realizar la cantidad requerida de Actividades de la Vida Cotidiana, según su póliza, durante un período que se prevé que durará al menos 90 días, o tener un impedimento cognitivo severo.

P. ¿Qué sucede con mis beneficios si dejo de pagar la prima?[15]

R. Según la mayoría de las pólizas de seguro de cuidados a largo plazo, si deja de pagar las primas, su póliza se extinguirá. La mayoría de las pólizas ofrecen una opción denominada "sin vencimiento", que preserva una parte de sus beneficios aún cuando deje de pagar las primas. Esta opción suele ofrecer un beneficio equivalente a las primas que pagó. Por lo general, también debe conservar la póliza vigente durante al menos tres años para poder tener derecho al beneficio "sin vencimiento", que generalmente está disponible con un costo adicional.

Las pólizas también incluyen "Beneficios Eventuales por Caducidad", como protección al consumidor. Esto significa que si su prima vigente aumenta por sobre determinado nivel definido por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros, y usted determina que no puede hacerse cargo de la nueva prima, puede optar por uno de dos beneficios. Uno de los beneficios proporciona una reducción de los beneficios de su póliza vigente, para que su prima no aumente. El otro beneficio le permite reducir los beneficios de su póliza acortando el período de beneficios original. De esta manera, su póliza adquiere el estado de "saldada". Obviamente, puede optar por conservar los mismos beneficios de su póliza y pagar la prima más alta.

[15]Si rechaza la opción sin vencimiento (con un costo adicional), contará con la protección de beneficios eventuales por caducidad.

Una buena regla general es la siguiente: si compra una póliza de seguro de cuidados a largo plazo, planifique pagar la prima hasta que necesite los beneficios. La mayoría de las pólizas no prevén que usted pague las primas una vez que comience a cobrar los beneficios, pero la forma en la que esto funciona puede ser diferente según la póliza; por lo tanto, asegúrese de saber qué es lo que establece su póliza.

P. ¿De qué se trata el beneficio de "devolución de la prima en caso de fallecimiento"?

R. El beneficio de "devolución o reembolso de la prima en caso de fallecimiento" le devolverá o reembolsará la totalidad o una parte de las primas que pagó y, en la mayoría de los casos, todo "reembolso" se pagará a su patrimonio sucesorio. Este beneficio varía según la póliza. Algunas pólizas requieren el pago durante una cantidad específica de años para poder recibir este beneficio. Es posible que otras solo reembolsen las primas hasta una determinada edad.

¿Qué más debo saber?

P. ¿Puedo cambiar de parecer si compro una póliza?

R. Por lo general, tendrá 30 días a partir de la fecha de entrega para revisar la póliza. Si considera que no satisface sus necesidades, podrá devolverla y solicitar que le devuelvan su dinero. Este período se denomina "período de evaluación gratuito".

P. ¿Pueden aumentar las primas?

R. La mayoría de los planes de seguro de cuidados a largo plazo tienen garantía de renovación. Esto significa que las primas no pueden aumentar exclusivamente en respuesta a la cantidad de reclamaciones que ha presentado una persona, ni exclusivamente por causa de la edad o un cambio en la salud.

Las compañías cuyas pólizas tienen Garantía de Renovación pueden aumentar las primas de sus pólizas en toda una clase de titulares, generalmente solo con aprobación estatal.

P. ¿Cómo puedo evaluar a una compañía de seguros de cuidados a largo plazo?

R. Busque una compañía de seguros que logre constantemente altas calificaciones de las principales agencias de calificación de compañías de seguros, como Standard and Poor's (www.standardandpoors.com), Moody's (www.moodys.com), o A.M. Best (www.ambest.com). Estas calificaciones representan la estabilidad financiera general de la compañía de seguros.

Es importante que base su compra en la reputación de la compañía y las ofertas de beneficios. Las primas que son menos costosas pero no ofrecen la cobertura más adecuada para usted no siempre implicarán un ahorro a largo plazo. Es posible que las primas mensuales que comienzan con un costo mucho menor que las demás no se mantengan siempre tan bajas.

P. ¿Cómo puedo obtener información detallada sobre el seguro de cuidados a largo plazo?

R. Puede obtener información más detallada sobre el seguro de cuidados a largo plazo de distinta maneras: a través de una asociación, su empleador, un agente de seguros o internet. También puede comunicarse con el Departamento de Seguros de su estado o la Agencia para Ancianos del Área local. Como el caso de cualquier compra importante, ser un consumidor informado es la mejor manera de tomar una decisión.

MetLife Mature Market Institute
El MetLife Mature Market Institute es el centro de recursos de información y políticas para tratar asuntos relacionados con el envejecimiento, la jubilación, los cuidados a largo plazo y el mercado de la tercera edad. El Instituto, cuyo personal está compuesto por gerontólogos, ofrece capacitación de investigación y educación, además de servicios de consulta e información para respaldar a Metropolitan Life Insurance Company, sus clientes corporativos y sus socios comerciales. MetLife, subsidiaria de MetLife, Inc. (NYSE: MET), es un proveedor líder de seguros y otros servicios financieros para clientes individuales e institucionales.

MetLife Mature Market Institute
57 Greens Farms Road
Westport, CT 06880
www.MatureMarketInstitute.com
MatureMarketInstitute@metlife.com
Teléfono: 203-221-6580
Fax: 203-454-5339

Metropolitan Life Insurance Company
200 Park Avenue
New York, NY 10166
www.metlife.com

MMI00028(0407)-SP
©2007 METLIFE, INC. L02086360[exp1008] SP
PEANUTS © United Feature Syndicate, Inc.

Rate Information

Rate data does NOT apply to filing.

Supporting Document Schedules

Review Status:

Satisfied -Name: NAIC Form 04/01/2008

Comments:

Attachment:

AR _ NAIC_Individual.pdf

Review Status:

Satisfied -Name: cover letter 04/01/2008

Comments:

Attachment:

AR_I_Filing Letter .pdf

Review Status:

Satisfied -Name: English version of ADF#1187.03 (Rev 1006) 04/01/2008

Comments:

The English version is attached as a courtesy.

Attachment:

ADF#1187.03 (Rev 1006) LTCI The Essentials.pdf

Review Status:

Satisfied -Name: Spanish Certification Form 04/01/2008

Comments:

Attachment:

Certification -Generic.pdf

Life, Accident & Health, Annuity, Credit Transmittal Document

Reset Form

1.	Prepared for the State of	ARKANSAS

2.	Department Use Only
	State Tracking ID

3.	Insurer Name & Address	Domicile	Insurer License Type	NAIC Group #	NAIC #	FEIN #	STATE #
	Metropolitan Life Insurance Company Long-Term Care Insurance Division 57 Greens Farms Road Westport, CT 06881-9909	New York	A&H	241	65978	13-5581829	

4.	Contact Name & Address	Telephone #	Fax #	E-mail Address
	Mary J. Rinaldi Metropolitan Life Insurance Company Long-Term Care Insurance Division 57 Greens Farms Road Westport, CT 06881-9909	203.221.3859	203.221.6573	mrinaldi@metlife.com

5.	Requested Filing Mode	☒ Review & Approval ☐ File & Use ☐ Informational ☐ Combination (please explain): _____ ☐ Other (please explain): _____

6.	Company Tracking Number: I08-17		
7.	☒ New Submission ☐ Resubmission ☐ Previous file #		
8.	Market	☒ Individual ☐ Franchise	
		Group	☐ Small ☐ Large ☐ Small and Large
			☐ Employer ☐ Association ☐ Blanket ☐ Discretionary ☐ Trust ☐ Other: _____
9.	Type of Insurance	LTC06 Long-Term Care - Other	
10.	Product Coding Matrix Matix Filing Code	LTC06.000 Long-Term Care - Other	

© 2007 National Association of Insurance Commissioners

11.	**Submitted Documents**	☐ **FORMS** ☐ Policy ☐ Outline of Coverage ☐ Certificate ☐ Application ☐ Rider/Endorsement ☒ Advertising ☐ Schedule of Benefits ☐ Other ☐ **RATES** ☐ New Rate ☐ Revised Rate ☐ **FILING OTHER THAN FORM OR RATES:** Please explain: **SUPPORTING DOCUMENTATION** ☐ Articles of Incorporation ☐ Third Party Authorization ☐ Association Bylaws ☐ Trust Agreements ☐ Statement of Variability ☐ Certifications ☐ Actuarial Memorandum ☐ Other:
12.	**Filing Submission Date**	**April 1, 2008**
13.	**Filing Fee (If required)**	Amount $25.00 . Check Date March 26, 2008 Retaliatory ☐ Yes ☒ No Check Number 000908286
14.	**Date of Domiciliary Approval**	**NA** **New York does not require LTCI advertising to be filed.**

15.	**Filing Description:** **LONG-TERM CARE INSURANCE ADVERTISING MATERIAL(S)**
	PLEASE SEE COVER LETTER

View Complete Filing Description

16.	**Certification (If required)**

I HEREBY CERTIFY that I have reviewed the applicable filing requirements for this filing, and complies with all applicable statutory provisions for the state of ARKANSAS

Print Name Mary J. Rinaldi Title: Consultant-Compliance/Marketing/AD

Original Signature Mary J. Rinaldi Date April1, 2008

© 2007 National Association of Insurance Commissioners

17.	Form Filing Attachment
This filing transmittal is part of company tracking number	I08-17
This filing corresponds to rate filing company tracking number	

	Document Name Description	Form Number		Replace Form Number Previous State Filing Number
01	LTCI: The Essentials Educational Guide - Spanish Version	ADF#1187.03 (Rev 1006)	☒ Initial ☐ Revised ☐ Other _____	
02			☐ Initial ☐ Revised ☐ Other _____	
03			☐ Initial ☐ Revised ☐ Other	
04			☐ Initial ☐ Revised ☐ Other _____	
05			☐ Initial ☐ Revised ☐ Other _____	
06			☐ Initial ☐ Revised ☐ Other _____	
07			☐ Initial ☐ Revised ☐ Other _____	
08			☐ Initial ☐ Revised ☐ Other _____	
09			☐ Initial ☐ Revised ☐ Other _____	
10			☐ Initial ☐ Revised ☐ Other _____	
11			☐ Initial ☐ Revised ☐ Other _____	
12			☐ Initial ☐ Revised ☐ Other _____	

LH FFA-1

© 2007 National Association of Insurance Commissioners

18.	**Rate Filing Attachment**			
This filing transmittal is part of company tracking number				
This filing corresponds to form filing company tracking number				
Overall percentage rate impact for this filing				**%**
	Document Name **Description**	**Affected Form Numbers**		**Previous State Filing Number**
01			☐ **New** ☐ **Revised** **Request +____% -____%** ☐ **Other _____**	
02			☐ **New** ☐ **Revised** **Request +____% -____%** ☐ **Other _____**	
03			☐ **New** ☐ **Revised** **Request +____% -____%** ☐ **Other _____**	
04			☐ **New** ☐ **Revised** **Request +____% -____%** ☐ **Other _____**	
05			☐ **New** ☐ **Revised** **Request +____% -____%** ☐ **Other _____**	
06			☐ **New** ☐ **Revised** **Request +____% -____%** ☐ **Other _____**	
07			☐ **New** ☐ **Revised** **Request +____% -____%** ☐ **Other _____**	
08			☐ **New** ☐ **Revised** **Request +____% -____%** ☐ **Other _____**	
09			☐ **New** ☐ **Revised** **Request +____% -____%** ☐ **Other _____**	

LH RFA-1

Metropolitan Life Insurance Company
57 Greens Farms Road, Westport, CT 06880
Tel 203 221-3859 Fax 203 221-6573
Mrinaldi@metlife.com

MetLife®

Mary J. Rinaldi
Long-Term Care

April 1, 2008

Commissioner of Insurance
Arkansas Insurance Department
1200 West 3rd Street
Little Rock, Arkansas 72201-1904

Re: Filing No. I08-17
Metropolitan Life Insurance Company ("MetLife")
Long-Term Care Insurance Advertising
NAIC Company No. 65978 - FEIN 13-5581829

Dear Sir/Madam:

We enclose for filing electronic copies of the long-term care advertising material described below. The material is not intended for use with any specific long-term care policy form. It is an Institutional piece to help educate consumers on long-term care insurance.

The English version of the enclosed advertising material was approved by your Department January 22, 2007.

Advertising Form Number	**Brief Description of Institutional Advertising Material**
ADF#1187.03 (Rev 1006)	LTCI: The Essentials Educational Guide - Spanish Version

The translation Certification form is enclosed.

The NAIC form is enclosed and the filing fee check has been mailed to your Department.

Please advise us of your action on this submission in accordance with your usual procedures.

If you have any questions or comments, please do not hesitate to contact me.

Sincerely,

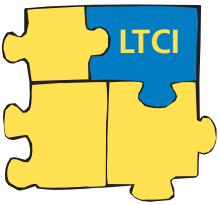
Mary J. Rinaldi

Mary J. Rinaldi
Consultant-Compliance Marketing/AD

Metropolitan Life Insurance Company
New York, NY 10166

MetLife®

Long-Term Care Insurance: The Essentials®



An educational guide prepared by the MetLife Mature Market Institute©

ADF#1187.03 (Rev 1006)
L04016GHQ(exp1008)MLIC-D

Long-term care services may be necessary at any age. An older adult might gradually find that day-to-day living is becoming increasingly difficult without help, or they may develop Alzheimer's disease. Someone younger may have a heart attack, a stroke, a disabling accident or develop a serious chronic illness such as Parkinson's disease. Long-term care services are generally custodial and personal in nature but, in some cases, may be rehabilitative.

Because neither medical insurance nor Medicare is primarily designed to pay for long-term care services, long-term care insurance can help provide a way for you to pay for this care. Long-term care insurance can help you retain assets set aside for retirement and can help you remain independent by providing the money to allow you to decide where and how your care will be provided.

This guide is a general introduction to long-term care insurance. It defines terminology generally used in the long-term care insurance industry, presents some basic issues, and provides answers to some frequently asked questions. We hope you will find it helpful.

Table of Contents

General Information

What is long-term care? 1
Where can I receive long-term care services? . . . 1
What are Activities of Daily Living (ADLs)? 2

The Cost of Long-Term Care Services

What is the cost of long-term care services? 3

Paying for Long-Term Care Services

How are long-term care services paid? 4
Self-Insure 5
Medicaid. 6
Medicare. 6
Long-Term Care Insurance 7

Is Long-Term Care Insurance Appropriate for You or a Family Member?

Who could benefit from purchasing long-term care insurance? 8
What is the right age to purchase long-term care insurance? 9
Is there anyone who should not purchase long-term care insurance? 10

What About The Cost Of A Long-Term Care Insurance Policy?

What is the cost of a long-term care insurance policy based on? 10

How To Select A Policy

What decisions do I need to make? 11

How can I protect myself against the rising cost of care? 14
How much coverage is right for me? 16

What About Different Types Of Policies and Coverage?

What is the difference between "reimbursement," "indemnity," and "disability" type policies? 17
What is a "Tax Qualified" policy? 18
What are "Partnership Programs"? 18

How Long Will I Need Coverage?

How long can I expect to need coverage? 19

What About Benefits?

How do I become eligible to receive benefits? 20
Who determines when I am eligible for benefits? 20
What happens to my benefits if I stop paying my premium? 21
What is a "return of premium on death" benefit? 22

What Else Should I Know?

Can I change my mind if I buy a policy? 22
Can my premiums be raised? 23
How can I evaluate a long-term care insurance company? 23
How can I obtain detailed information on long-term care insurance? 24

Introduction to Long-Term Care Insurance

Insurance is technical—there's just no way around it. And the technicalities are important—you need to understand them to know what to look for in a policy. In some cases, different insurance companies use different terms to describe similar features. We'll be sure to define these terms that describe features and benefits of typical long-term care insurance policies. Please use this booklet as a guideline only. By the time you're done, you should have a good, general understanding of long-term care insurance.

Like other insurance coverage, long-term care insurance policies contain certain exclusions, limitations, reductions of benefits and terms for keeping them in force. For complete details, contact an insurance company offering long-term care insurance.

General Information

Q. What is long-term care?

A. Long-term care (LTC) refers to a variety of services designed to help people perform the functions of day-to-day living to help them remain independent. Some long-term care is aimed at providing help with day-to-day activities for people with a chronic illness, or cognitive impairment, such as dementia. Other long-term care services may be rehabilitative, helping someone regain function after a serious injury.

Disability rates are falling as a result of preventive care and medical advances; but the longer people live, the greater the chances are that chronic conditions may develop, resulting in an increased need for assistance with everyday activities.[1]

Q. Where can I receive long-term care services?

A. Many people think that long-term care refers only to services provided in a nursing home. It's much more than that.

Long-term care services can be provided by:

- Nurses
- Certified Nursing Assistants
- Physical, occupational and respiratory therapists
- Home Health Aides and homemaker services

[1] Medicaid and Long-Term Care, The Henry J. Kaiser Foundation, March 2005.

It can be provided in many different settings such as:

- Your own home
- An assisted living facility[2]
- A nursing home
- An adult day center
- A hospice facility or hospice services provided at home

Long-term care services may also be received in a continuing care retirement community. This type of facility usually provides housing, services and various levels of long-term care services when needed, in one location. The types of housing,[3] services and care services offered change with the needs of the resident and allow the older adult resident to "age in place."

Life expectancy after age 65 is now 18.4 years, an increase of 5.6 years since 1940.[4]

Q. What are Activities of Daily Living (ADLs)?

A. The insurance industry has specific definitions that they use involving certain activities and functions. These are referred to as Activities of Daily Living (ADLs), which are listed below.

- Dressing
- Bathing
- Transferring (moving in or out of a bed or chair)
- Toileting
- Eating
- Continence

[2] In California, Assisted Living Facilities are called Residential Care Facilities.
[3] Terminology used to indicate care facilities may vary from state to state.
[4] Older Americans Update 2006: Key Indicators of Well Being, Federal Interagency Forum of Aging-Related Statistics, Washington, D.C., Updated May 2006.

The Cost Of Long-Term Care Services

Q. What is the cost of long-term care services?

A. The cost depends on what kind of care you need and where you are living when you need the care. Based on the MetLife Market Survey of Nursing Home & Home Care Costs[5] and the MetLife Market Survey of Assisted Living Costs,[6] the costs for 2006 are as follows.

Nursing Home Costs for Semiprivate Room

Semiprivate high = $570
Semiprivate low = $104
National average daily rate = $183
National average yearly rate = $66,795

Home Health Care

Costs for Home Health Care Aides
Hourly high = $29 Hourly low = $12
National average hourly rate = $19
Average yearly rate (assumes five hours a day, five days per week) = $24,700

Assisted Living — Base Rate

Monthly — $2,955
National average yearly rate = $35,460

[5] The MetLife Market Survey of Nursing Home and Home Care Costs, MetLife Mature Market Institute, September 2006.
[6] The MetLife Market Survey of Assisted Living Costs, MetLife Mature Market Institute, October 2006.

If you require in-home assistance from a Home Health Aide (HHA), you may start out with an hourly visit but if you become frailer in the future, you may also begin to need help with activities such as bathing. This may increase the time the HHA would need to spend with you per day and may increase the cost of service. Also, if your needs change and you require the services of a skilled nurse instead of a HHA, the cost of care would generally be higher.

Because care situations vary greatly among individuals, the costs and location of care received may also vary. Generally, the yearly average cost of a HHA is less than that of a yearly average cost of a nursing home, but, for instance, if you need around the clock care, the costs may be more expensive. Again, much depends on your care situation.

Paying For Long-Term Care Services

Q. How are long-term care services paid?

A. There are basically four ways of paying for LTC services.

1. **Self-Insure**
2. **Medicaid**
3. **Medicare**
4. **Long-Term Care Insurance**

1. Self-Insuring means setting aside or having enough money to pay privately for future LTC services, if they become necessary. This plan may require a dedicated, aggressive and immediate savings plan. It's impossible to know if or when these services will be needed, and that makes the target savings amount difficult to determine.

For example, if a family member is involved in an accident that leaves the family member even partially paralyzed or if a family member develops Parkinson's Disease, some type of long-term care services would most likely be necessary to help the family member function on a daily basis.

2. Medicaid, a joint federal-state government program for low income individuals, will provide coverage for long-term care expenses if your income and assets are very low or after you have exhausted almost all of your own assets. It is an entitlement program based on strict income and asset guidelines. You may be required to spend your own money for care, living expenses and other "allowable" expenses before becoming eligible for Medicaid. This is referred to as the "spend-down" period.

Even though every state has different eligibility criteria for this government program, assets and income are subject to review in order to determine your eligibility. Many people try to transfer all their assets immediately after it has been determined that they require long-term care assistance; however, this time period will not always meet the "look-back" period criteria.[7]

[7] Transfers of Assets, Center for Medicare & Medicaid Services, www.cms.hhs.gov/medicaid/eligibility/assets.asp.

The look-back period is a 60-month period of time prior to a Medicaid application date. This means that certain assets that have been transferred for less than fair market value or simply "gifted" to others in this time period are still considered to be the care recipient's money, funds that the care recipient must use to pay for long-term care services. The look-back period for assets transferred to a trust is 60 months.

When it comes to Medicaid eligibility, be sure to research your state's requirements.

3. Medicare, is the federal medical insurance program for people age 65 or older, and disabled persons of any age receiving Social Security benefits for not less than 24 months. It was designed to pay some of the costs of certain health care services in order to provide recipients access to a basic level of health care. The majority of care provided in the U.S. today in connection with chronic long-term illnesses or conditions is personal or custodial care and may be rehabilitative in some cases. Medicare will generally not pay for personal or custodial care. However, Medicare will cover some long-term care expenses for a short period of time per Medicare benefit period if:

- After a minimum three-day stay in a hospital, not including the day of release, you require a high level of care, as prescribed by a doctor, such as skilled nursing care or rehabilitation services. Medicare pays for the first 20 days of your stay in a skilled, Medicare approved nursing facility.

- On the days 21st through 99 of your stay, you pay a daily co-pay amount determined yearly by the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Medigap policies may cover the daily co-pay amount.
- After 100 days, Medicare will pay nothing for these services.

Medicare Supplements (also known as "Medigap")[8]
The intent of Medigap policies is to provide coverage for Medicare copayments and deductibles. The various types of policies, generally classified by the letters A-J in most states, are not primarily designed to cover long-term care expenses[9] except for those described in number three.

Admission to a nursing home is not enough to qualify for Medicare payment. The level and type of care determines whether short-term Medicare coverage for long-term care will be provided. Medicare does pay for short-term home health care, providing certain guidelines are met.

4. Long-Term Care Insurance
This is insurance designed to help pay for the cost of long-term care services if you need them. It is not the same as medical insurance, which generally provides coverage for doctor visits and hospital stays. Depending on the type of policy and coverage selected, long-term care insurance can provide coverage

[8] Not connected with or endorsed by the U.S. Government or the Federal Medicare program.
[9] Driscoll, M., Medicare and Medicare Supplements 1, The Complete Idiot's Guide to Long-Term Care Planning, (2003). Alpha Books: Indianapolis, IN 46290. ISBN: 0028643801

for long-term care in many settings: your own home, nursing homes, adult day care, and assisted living facilities.

Long term care insurance can be issued on a group or an individual basis. If it is issued on a group basis, the group sponsor is the policyholder and is issued the policy. The insured will receive a certificate as evidence of coverage. If it is issued on an individual basis, the insured is the policyholder and is issued the policy.

Often times, employees enrolling in a group plan can be guaranteed coverage without providing any medical history, on the condition that employees enroll during the initial enrollment period and are actively at work (not absent due to disability, leave or illness) on their effective date of coverage. Issuers of individual long-term care insurance policies require that you be underwritten before they approve a long-term care insurance policy.

Is Long-Term Care Insurance Appropriate For You or a Family Member?

Q. Who could benefit from purchasing long-term care insurance?

A. The need for long-term care can happen at any time, not just as you age. If you are single, it is less likely that unpaid care by family members will be

readily available. Long-term care insurance can help you obtain and pay for the services that you require.

If you are married or live in a multi-member household and you and your partner age together, your day-to-day functions may decline at the same rate. If your adult children live in another location or if your care needs are greater than a family can provide, you may require paid assistance. Also, if certain chronic conditions run in your family – the kind that require some type of daily assistance – long-term care insurance might be important for you to consider.

If you don't have a specific policy designated as long-term care insurance (called "Nursing Home and Home Care Insurance" in some states) you usually are not covered for long-term care expenses.

Q. What is the right age to purchase long-term care insurance?

A. In general, long-term care insurance can provide coverage for anyone 18 years of age and older. The younger you are when you buy long-term care insurance, the greater the chance that your health will be good and you'll be insurable. Generally, the younger you are, the lower your annual premiums will cost per year.

Q. Is there anyone who should not purchase long-term care insurance?

A. It is important to be able to afford the premiums, not only now, but in the future. If you are on a fixed income or if you have limited savings, the premiums may be too difficult to pay over the long run. In this situation, you may want to look closely at your needs and resources and perhaps talk with a family member or financial advisor to decide if this is the right purchase for you.

What About The Cost Of A Long-Term Care Insurance Policy?

Q. What is the cost of a long-term care insurance policy based on?

A. The cost of a policy is based on such factors as:

- Your age at the time the policy was purchased
- The type of the policy purchased (a "basic" policy may cost less than one compared to one from the same company that offers more features)
- The amount of the daily/monthly benefit you have purchased
- The number of "extras" such as riders or options you may choose to purchase within a particular benefit level
- The amount of time the daily/monthly benefit will be paid

- The elimination period or "waiting period," which are the days you must pay for your care out-of-pocket

Every insurer offers different long-term care insurance policies, but don't shop by price alone. The lowest cost policy might not be the best choice for you or your family.

How To Select A Policy

Q. What decisions do I need to make?

A. If you decide to purchase a policy, it's important to ask the following questions to help decide which options will be the most appropriate choice for your situation.

1. **Should I choose a Comprehensive or Facilities-Only plan?**
2. **What Daily Benefit Amount should I select?**
3. **What Benefit Period should I choose?**
4. **How long should the Elimination Period be?**
5. **How can I protect myself against the rising cost of care?**

1. Comprehensive Plan

Comprehensive plans help pay for care received in the home as well as care received in facilities. A comprehensive plan covers long-term care services in a nursing home, assisted living or residential care facility, hospice care in a facility, and respite

services in a facility. It also covers home care, adult day care, hospice care and respite care services at home. The ability to receive benefits for home care may allow the care recipient to live independently in their home instead of living in a long-term care facility.

Facilities-Only Plan[10]

This plan covers long-term care services provided in a nursing home, assisted living facility or a hospice facility.[11] Facilities-only plans do not cover home care but are typically less expensive than comprehensive plans.

2. Daily Benefit Amount (DBA)

Policies offer a benefit in the form of a "Daily Benefit Amount." The DBA may be either the maximum or the actual amount the insurance policy will pay per day for covered services.

Some policies offer benefits that are paid on a weekly or monthly basis. It's important to know what the rules are for any policy that you might consider purchasing.

3. Benefit Period

This is defined as the amount of time you wish to receive a DBA. This period can range from two to 10 years or an unlimited amount of time.

[10]Facilities only policies may not be offered or sold in Vermont.
[11]Long-term care facilities may be known by different names in various states.

Here is a simple formula to help determine the total lifetime benefit of the DBA you choose.

DBA x Benefit Period (in days)
= Total Lifetime Benefit.
For example, a $100 DBA x 1,095 days (3 years x 365 days) equals $109,500.

For the most part, the DBA is paid for as long as you qualify for benefits and need services, until you have used your total lifetime benefit.

4. Elimination Period

To keep the cost of your premiums lower, most policies become payable only after a period of time called an "elimination period" or a "waiting period," which is similar to a deductible. These terms generally mean the same thing. This is the period of time during which you must be eligible for benefits (and in certain types of polices you must also be receiving covered services) before your insurance benefits become payable. During this time you will generally continue to pay premiums.

Policies with a short or no elimination period are usually more expensive than policies with an extended elimination period. Some companies require that you meet the prescribed elimination period only once in your lifetime. Others require

you to meet the prescribed elimination period each time you need long-term care services. Policies may provide different methods for calculating elimination period requirements when you receive home health care.

There are a number of options available to help keep pace with the future cost of care. Before you purchase a policy, be sure you understand the benefits and options offered with the policy that you are considering

5. How Can I Protect Myself Against the Rising Cost of Care?

There are four options that may help you protect yourself against the increased costs of care in the future.

A. Automatic Compound Inflation Option
Automatic inflation protection helps keep pace with the future cost of care. This annual increase is based on your compounded DBA. It's important to note that not all policies offer the option of automatic inflation increases.[12] Choosing an Automatic Compound Inflation Option will result in a higher DBA than the Automatic Simple Inflation option.

B. Automatic Simple Inflation Option
The annual increase, for the life of the coverage, is based on the DBA originally purchased.

[12]In Arizona all policies must offer inflation protection options.

Selecting either of these options at the time of purchase will result in initially higher premiums, but they will also provide an "automatic" yearly increase in benefits without an increase in premium — typically five percent each year.

Daily Benefit Amount Increases at Simple and Compound Rates (5%)

Year	Simple	Compound	Difference
0	$100	$100	$0
10	$150	$163	$13
15	$175	$208	$33
20	$200	$265	$65
25	$225	$339	$114
30	$250	$432	$182

Source: *Planning for Long-Term Care,* United Seniors Health Council, McGraw-Hill, 2000
ISBN: 0071398481 Used with Written Permission

C. Periodic Inflation Protection

The premium that you pay when the insurance is purchased pays for the daily benefit amount you initially choose. Opportunities are offered periodically to increase coverage usually without having to provide evidence of good health.

In some policies, these offers are only given to people who have not declined a certain number of increase offers. Your premium will increase based on your age at the time each inflation offer is accepted, but it will only increase for the current additional benefit you purchase.

D. Future Purchase Option (FPO)
This option also offers protection against increases in long-term care costs. It increases your DBA and the remaining amount of your Maximum Lifetime Benefit every few years at an extra cost, as long as you are not eligible for benefits and you don't decline the increase.

In some policies, once you have declined a certain number of increases that have been offered to you, you will not receive other increase offers unless you specifically request an increase in your DBA and pass the insurance company's underwriting requirements.

Q. How much coverage is right for me?

A. The cost of care varies throughout the country so when selecting a Daily Benefit Amount it's important for you to buy sufficient coverage that will pay for care where you expect to receive it. Costs for home care, nursing homes and assisted living facilities vary widely, depending on the region. The Area Agency on Aging may be able to provide current cost figures for you. See page 3 for national average costs.

You should also consider whether or not you wish to purchase an inflation or benefit increase option, and what amount, if any, you are able or willing to self-insure.

What About Different Types Of Policies and Coverage?

Q. What is the difference between "Reimbursement," "Indemnity," and "Disability" type policies?

A. A reimbursement policy, also known as an "expense-incurred policy," is the most common type of policy currently purchased. To prove benefit eligibility you are required to meet the ADL or severe cognitive impairment benefit triggers as indicated in your policy. You will receive benefits only when eligible services are received; benefits are paid directly to you or to the provider. This type of coverage pays for the expense incurred or up to your policy's monetary limit, whichever is less.

Unlike a reimbursement (expense-incurred) policy, benefits paid by an indemnity policy are a set dollar amount. Benefit eligibility is generally the same as for a reimbursement policy. When eligibility is established and you are receiving covered long-term care services, the insurance company will pay the pre-determined daily benefit amount indicated in your policy on days you receive a covered service.

A disability type policy will pay a flat dollar amount on any day that you are determined to be eligible to receive benefits. Under this plan, provider bills are not needed, and the insurer will often pay out monthly the fixed amount you selected, regardless of whether services have been received to who provides them.

Q. What is a "Tax Qualified" policy?

A. Policies that are tax qualified meet certain standards as set forth in the Health Insurance Portability and Accountability Act, commonly referred to as "HIPAA," which Congress passed in 1996. HIPAA ensures that benefits paid from policies that meet its standards are not considered taxable income and that qualified premiums may be deductible as medical expenses if certain thresholds are met. Almost half of all states offer tax incentives for long-term care insurance premiums.

Q. What are "Partnership Programs?"

A. There are a growing number of states that have or are considering Partnership Programs. The Partnership Programs are joint efforts by state governments and the private long-term care insurance industry to create an option to help individuals plan to meet their future long-term care needs without depleting all of their assets to pay for care.

Features of the Partnership Program generally vary by state but function in a similar way. If someone purchases state approved Partnership long-term

care insurance, and the benefits under that insurance coverage are exhausted, the individual may apply for Medicaid (called "Medi-Cal" in California) coverage. The person may retain all or a portion of the assets he or she would otherwise have to "spend down" if Partnership long-term care insurance had not been purchased. The individual will then, however, generally have to contribute any income to the cost of any long-term care services provided under Medicaid. Consult the Partnership Program in your state for further information about how these partnership programs operate.

How Long Will I Need Coverage?

Q. How long can I expect to need coverage?

A. The average stay in a nursing home is estimated to be 2.4 years.[13] Some people stay much longer or require an extended period of home care before they require admittance to a nursing home. There are a number of factors that should be considered in selecting a benefit period – your age at purchase, your current health, your family's health history, the increase in life expectancy and even your marital status.

By the year 2030, the over 65 population will more than double to 71.5 million.[14]

[13] Merlis, M., Private Long-Term Care Insurance: Who Should Buy It and What Should They Buy?, Prepared for The Kaiser Family Foundation, March 2003.
[14] The Older Population, A Profile of Older Americans: 2004, Administration on Aging.

What About Benefits?

Q. How do I become eligible to receive benefits?

A. Typically, you become eligible when you are unable to perform two out of the six Activities of Daily Living (ADLs). This number may vary from insurer to insurer. Also, the period of time when you are unable to perform the ADLs should be anticipated to last for at least 90 days. You will also need to have satisfied the elimination period. Policies start to pay once you are eligible and have met the elimination period. You may also become eligible when you have a severe cognitive impairment (for example, you develop Alzheimer's Disease).

Q. Who determines when I am eligible for benefits?

A. Under a Tax-Qualified long-term care insurance policy, a licensed health care practitioner must certify that you are chronically ill and that a Plan of Care, including the qualified long-term care services you need, is in place for you. Being chronically ill means that you are unable to perform the requisite number of Activities of Daily Living, according to your policy, for a period that is expected to last for at least 90 days or you have a severe cognitive impairment.

Q. What happens to my benefits if I stop paying my premium?[15]

A. If you stop premium payments, with most long-term care insurance policies, your policy terminates. Most policies offer an option called "non-forfeiture" which preserves a part of your benefits even if you should stop paying premiums. Typically this option offers you a benefit equal to the premiums you've paid. And also typically, you need to keep the policy in force at least three years before you're entitled to this "nonforfeiture" benefit, usually available at an additional cost.

Policies also include "Contingent Benefit Upon Lapse" as a consumer protection. This means that if your current premium increases over a certain level outlined by the National Association of Insurance Commissioners, and you decide you cannot afford the new premium, you can choose one of two benefits. One benefit provides a reduction of your currents policy's benefits so that your premium will not increase. The other benefit allows you to reduce your policy's benefits by shortening the original benefit period, thereby converting the policy to a "paid up" status. Of course, you may elect to keep your policy's benefits the same and pay the higher premium.

[15] If you reject the non-forfeiture option (at additional cost), you will have contingent benefit upon lapse protection.

A good rule of thumb is this--if you purchase a long-term care insurance policy, plan on paying the premium until you need benefits. Most policies do not expect you to pay premiums once you begin to collect benefits, but the way in which this works may differ from policy to policy, so be sure to know what your policy provides.

Q. What is a "return of premium on death" benefit?

A. The "return or refund of premium on death" benefit will return or refund all or part of the premiums you paid, and in most cases, any "refund" is paid to your estate. This benefit varies from policy to policy. Some policies require payment for a specific number of years before this benefit can be received. Others may only refund premiums up to a specific age.

What Else Should I Know?

Q. Can I change my mind if I buy a policy?

A. Generally, you will have 30 days from delivery date to review the policy and return it and get your money back if you find that it does not meet your needs. This period of time is called the "free look period."

Q. Can my premiums be raised?

A. Most long-term care insurance plans are guaranteed renewable. This means that premiums cannot be raised solely in response to the number of claims an individual has filed, nor can they be raised solely because of age or change in health.

Companies whose policies are Guaranteed Renewable may increase premiums on policies on a class-wide basis, usually only with state approval.

Q. How can I evaluate a long-term care insurance company?

A. Look for a company that achieves consistently high ratings from the leading insurance company rating agencies, such as Standard and Poor's (www.standardandpoors.com), Moody's (www.moodys.com), or A.M. Best (www.ambest.com). These ratings represent the overall financial stability of the insurance company.

It is important to base your purchase on the company's reputation and benefit offerings. Premiums that are less expensive but don't offer the coverage that is best for you won't always save you money in the long run. Monthly premiums that start out much lower than others may not always stay low.

Q. How can I obtain detailed information on long-term care insurance?

A. You can obtain more detailed information on long-term care insurance in several ways — through an association, your employer, an insurance agent, or via the Internet. You may also contact your state's Department of Insurance or local Area Agency on Aging. As with any major purchase, being an informed consumer is the best way to make a decision.

MetLife Mature Market Institute

The MetLife Mature Market Institute is the company's information and policy resource center on issues related to aging, retirement, long-term care and the mature market. The Institute, staffed by gerontologists, provides research training and education, consultation and information to support Metropolitan Life Insurance Company, its corporate customers and business partners. MetLife, a subsidiary of MetLife, Inc. (NYSE: MET), is a leading provider of insurance and other financial services to individuals and institutional customers.

MetLife Mature Market Institute
57 Greens Farms Road
Westport, CT 06880
www.MatureMarketInstitute.com
MatureMarketInstitute@metlife.com
203-221-6580 phone
203-454-5339 fax

Metropolitan Life Insurance Company
200 Park Avenue
New York, NY 10166
www.metlife.com

MMI00028(1006)
©2006 METLIFE, INC. L04016GHQ(exp1008)MLIC-D
PEANUTS © United Feature Syndicate, Inc.

TRANSPERFECT
STAFFING SOLUTIONS

ALBANY
AMSTERDAM
ATLANTA
AUSTIN
BARCELONA
BOSTON
BRUSSELS
CHARLOTTE
CHICAGO
DALLAS
DENVER
DUBLIN
FRANKFURT
GENEVA
HONG KONG
HOUSTON
IRVINE
LONDON
LOS ANGELES
MIAMI
MINNEAPOLIS
MONTREAL
MUNICH
NEW YORK
PARIS
PHILADELPHIA
PORTLAND
RESEARCH TRIANGLE PARK
SAN DIEGO
SAN FRANCISCO
SAN JOSE
SEATTLE
SINGAPORE
STOCKHOLM
SYDNEY
TOKYO
TORONTO
WASHINGTON, DC

City of New York, State of New York, County of New York

I, Jesse Hsu, herby certify that the following is, to the best of my knowledge and belief, a true and accurate translation of the file, *2007-LTCI EssentialsGENERIC_SP*, from English into Spanish.

Jesse Hsu

Sworn before me this
22nd of January, 2008

Signature, Notary Public

PAUL D. RALSTON
Notary Public, State of New York
No. 01RA6023867
Qualified in Queens County
Commission Expires May 3, 2011

Stamp, Notary Public
State of New York