



Designación de Beneficiarios del Participante del Plan

Información importante sobre este formulario

- Este formulario se proporciona exclusivamente para comodidad del Administrador del Plan.
- Si está casado y designa beneficiarios primarios adicionales, la certificación de su cónyuge debe ser notariada por un notario público o ser atestiguada por un representante del plan
- John Hancock Retirement Plan Services ("John Hancock") no mantendrá parte alguna de la información proporcionada en este Formulario ni tomará medidas sobre la base de la misma.
- Este Formulario será mantenido por el Administrador del Plan y no necesita ser entregado a John Hancock.

1. Información General

El Fiduciario del	Plan ("el Plan")
Nombre del titular del contrato	Número de contrato
Nombre del participante como aparece en su tarjeta de Seguro Social (apellido, nombre, inicial)	Número de Seguro Social del participante <small>(se requiere el número de Seguro Social completo)</small>
Dirección del participante: Dirección postal	Fecha de nacimiento Mes Día Año
Ciudad, estado, código postal, país	Participante N.º de teléfono

2. Designación de Beneficiario Primario

Estado Civil: Casado No Casado o viudo Divorciado

Si estoy casado y no he designado a mi cónyuge como mi único beneficiario principal, esta designación de beneficiario no será efectiva a menos que mi cónyuge lo autorice a continuación. Si no estoy casado en la fecha en que firmo este Formulario de designación de beneficiario, pero posteriormente me caso antes del comienzo del beneficio, entiendo que esta designación de beneficiario dejará de ser efectiva después de mi matrimonio. Por la presente, acepto notificar al Administrador del Plan por escrito en caso de que cambie mi estado civil.

Por la presente, designo como mi beneficiario a la (s) persona (s) que se enumeran a continuación que me sobreviven. Si aparece más de una persona, los beneficios se dividirán de acuerdo con los porcentajes indicados. Entiendo que si designo a más de un beneficiario a continuación, los porcentajes DEBEN sumar el 100%. Si aparece más de una persona y no se indican porcentajes, o los porcentajes no suman el 100%, los beneficios se pagarán en partes iguales a mis beneficiarios principales que sobrevivan a mí. Si se indica un porcentaje y el (los) beneficiario (s) primario (s) no me sobreviven, el porcentaje de la participación de ese beneficiario se dividirá entre el (los) beneficiario (s) primario (s) sobreviviente (s) en proporción a los porcentajes mostrados para dicho (s) beneficiario (s) a continuación.

1 _____
 Nombre (apellido, nombre, inicial) _____ Número de Seguro Social _____
 _____ % _____ Fecha de _____
 Porcentaje Relación Nascimento Mes Día Año

 Dirección, Ciudad, estado, código postal, país

2 _____
 Nombre (apellido, nombre, inicial) _____ Número de Seguro Social _____
 _____ % _____ Fecha de _____
 Porcentaje Relación Nascimento Mes Día Año

 Dirección, Ciudad, estado, código postal, país

3. Consentimiento Conyugal

Por la presente, doy mi consentimiento a la designación de mi cónyuge de los beneficiarios mencionados anteriormente. Entiendo que mi cónyuge no puede cambiar a ningún beneficiario primario en el futuro sin mi consentimiento por escrito. Entiendo que no tengo que firmar este consentimiento. Estoy firmando este consentimiento voluntariamente. Además, entiendo que si no firmo este consentimiento, tendré derecho a recibir cualquier beneficio pagadero bajo el Plan como resultado de la muerte de mi cónyuge.

 Firma del cónyuge del participante Nombre - por favor escribir en letras de imprenta/molde Fecha

Atestiguado por Notario Público

Estado del _____ Condado de _____, ss. Sobre esto, el día _____ de _____, 20 _____
 antes que yo personalmente me pareció _____ conocido (o probado satisfactoriamente)
 ejecutó el Consentimiento conyugal anterior y reconoció que él o ella ejecutó lo mismo que su acto libre y hecho. En fe de lo cual, e
 como la persona que stablezco mi mano y mi sello oficial.

 Firma del Notario

(SELLO)

Mi comisión expira: _____
 Mes Día Año

O

Atestiguado por el Representante del Plan

Firmado _____, 20 _____ en la presencia de: _____

4. Designación Contingente de Beneficiarios

Si ningún beneficiario principal mencionado anteriormente me sobrevive, por la presente designo como mi beneficiario a la persona o personas enumeradas a continuación que me sobreviven. Entiendo que si designo a más de un beneficiario a continuación, los porcentajes deben sumar 100%. El pago a los beneficiarios secundarios se realizará de acuerdo con las reglas de sucesión descritas para el Beneficiario primario.

1 _____
Nombre (apellido, nombre, inicial) _____
Número de Seguro Social _____

Porcentaje % Relación _____ Fecha de Nacimiento _____
Mes Día Año

Dirección, Ciudad, estado, código postal, país

2 _____
Nombre (apellido, nombre, inicial) _____
Número de Seguro Social _____

Porcentaje % Relación _____ Fecha de Nacimiento _____
Mes Día Año

Dirección, Ciudad, estado, código postal, país

5. Firma

Entiendo que la distribución de beneficios a mi beneficiario designado o beneficiarios se realizará de acuerdo con los términos del Plan. También entiendo que esta designación de beneficiario reemplaza cualquier designación de beneficiario actualmente vigente.

Firma del Participante

Nombre: en letra de imprenta

Fecha