

Debe escribir su número de Seguro Social.

				-			-				
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Designación de Beneficiario

Podrá nombrar cualquier persona que desee como su beneficiario. Sin embargo, **si está casado/a y nombra una persona que no sea su cónyuge actual como beneficiario para todo o una parte del beneficio que sea pagadero, su cónyuge debe dar su consentimiento a la designación del beneficiario y completar la sección de Consentimiento Del Cónyuge.** Si su cónyuge no completa la sección de Consentimiento Del Cónyuge, su beneficiario será su cónyuge. Recuerde que los cambios en el estado civil pudieran afectar su designación de beneficiario por lo que debe mantener al corriente su designación. **Entregue este formulario completado a su administrador del plan.**

Designación de Beneficiario

Nombro a la siguiente persona o personas para recibir mis beneficios según los términos del plan en caso de que yo fallezca. Esta designación de beneficiario cancela y sustituye todas las designaciones y los convenios anteriores que yo haya hecho de acuerdo al plan. Los beneficios se pagarán a mis beneficiarios primarios, de estar con vida. Mis beneficios se pagarán a mis beneficiarios contingentes si ninguno de mis beneficiarios primarios está con vida.

Beneficiario(s) Primario(s) del Plan - Recibirán los beneficios en case de que usted fallezca.

Los porcentajes siguientes deben sumar 100% para los Beneficiarios Primarios.

Nombres y Direcciones de los Beneficiarios	Relación	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Proporción de los Beneficios (%)

Beneficiario(s) Contingente(s) del Plan - Recibirán los beneficios en case de que usted fallezca.

Los porcentajes siguientes deben también sumar 100% para los Beneficiarios Contingentes(Secundarios) - de haberlos.

Nombres y Direcciones de los Beneficiarios	Relación	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Proporción de los Beneficios (%)

NOTA: Si usted no designa un porcentaje para sus beneficiarios primarios, el beneficio se dividirá en partes iguales entre sus beneficiarios primarios que le sobrevivan. Si ningún beneficiario primario le sobrevive y usted no designó un porcentaje para sus beneficiarios contingentes, el beneficio se dividirá en partes iguales entre sus beneficiarios contingentes que le sobrevivan. Si ningún beneficiario le sobrevive, sus beneficios se pagarán de acuerdo al plan.

Firma del Participante

Firmado en [Ciudad y Estado]

Fecha

Nombre del Participante - Por Favor Imprima

continúa »

Debe escribir su número de Seguro Social.

				-			-				
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Consentimiento del Cónyuge - Esta sección debe ser completada si su cónyuge no fue designado (al 100%) como Beneficiario Primario.

Yo, cónyuge de _____, por este medio consiento a la designación del beneficiario o beneficiarios que se nombran e este formulario. Entiendo que mi cónyuge ha designado a una persona que no soy yo o además de mí como beneficiario para recibir los beneficios de este plan. Entiendo el impacto financiero de esta designación. Entiendo también que mi consentimiento para esta designación es irrevocable.

Si el plan incluye disposiciones de pago conjunto y de sobreviviente de los beneficios, por este medio renuncio a todos los derechos de los sobrevivientes previos al retiro con respecto a la parte d los beneficios del plan pagaderos a un beneficiario que no sea yo.

Nombre del Cónyuge

Firma del Cónyuge

Fecha

Notary Public or Plan Representative Signature Required:

Subscribed and sworn to me before this _____ day of _____, _____
(se firmó y se juró ante mí este) (día de)

Signature (Firma)

State (Estado)

County (Condado)