



Designación de Beneficiario

PBGC Formulario SP708

(Para participantes que actualmente no reciben beneficios)

Pension Benefit Guaranty Corporation.
P.O. Box 151750 Alexandria Virginia 22315-1750

Si necesita asistencia llame al 1-800-400-7242

Nombre del Plan:
Número del Plan:
Fecha de Impresión:
Fecha de Terminación del Plan:

Nombre del Participante:

INSTRUCCIONES: Use este formulario para designar su(s) beneficiario(s) para pagos adeudados al momento del fallecimiento. Para comenzar a recibir beneficios o para otra información, llame a nuestro Centro de Contacto del Cliente al 1-800-400-7242. **Utilice tinta azul onegra y escriba claramente.** No use este formulario para cambiar su beneficiario si está recibiendo beneficios de pensión. Use el Formulario 707 de PBGC.

1. Información General Sobre Usted

Apellido		Primer Nombre	
Segundo Nombre		Otro(s) Apellido(s) Usado(s)	
Número de Seguro Social			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Dirección Postal		Apartamento / Número de Ruta	
Ciudad		Estado	Código Postal
País		Correo Electrónico	
Teléfono Diurno		EXTENSIÓN	Teléfono Nocturno
(<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	x <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

2. Firma – Usted debe firmar y escribir la fecha en este formulario. Hacer declaraciones falsas, ficticias o fraudulentas teniendo conocimiento y deliberadamente a Pension Benefit Guaranty Corporation es un crimen penado de acuerdo con el Título 18, Sección 1001, Código de los Estados Unidos (USC).

Declaro bajo pena de perjurio que toda la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta.

FIRMA

FECHA

CONTINÚA ATRÁS

Aprobado OMB 1212-0055
Vence 06/30/2027

Designación de Beneficiario

Formulario SP708, página 2 de 2

(Para participantes que actualmente no reciben beneficios)

Número del Plan:

Nombre del Participante:

- 3. Designación de Beneficiario para Pagos Adeudados al Momento del Fallecimiento** – Si hay pagos que se le adeuden a usted al momento de su fallecimiento, PBGC los pagará a la(s) persona(s) y/o entidad(es) (como un fideicomiso, iglesia, patrimonio u otra organización) que usted designe en esta sección. Si no hace una designación, o si todos los beneficiarios que designa abajo fallecen antes que usted, PBGC pagará lo que se le adeude en el orden siguiente: su cónyuge, sus hijos(as), sus padres, su patrimonio, o el pariente más cercano.

Nombre a las siguiente(s) persona(s) como mi(s) beneficiario(s). Esta designación reemplaza cualquier designación previa y solamente será efectiva cuando PBGC la reciba.

Beneficiario(s)*	Número de Seguro Social**	Fecha de Nacimiento**	Parentesco	Porcentaje***
Nombre _____ Dirección Postal _____ Número de Teléfono (durante el día): _____				
Nombre _____ Dirección Postal _____ Número de Teléfono (durante el día): _____				
Nombre _____ Dirección Postal _____ Número de Teléfono (durante el día): _____				

* Para nombrar a más beneficiarios, por favor, enumérelos con la información de contacto solicitada, la Fecha de Nacimiento y el Número de Seguro Social en una hoja adjunta con su firma.

** Complete si se trata de una persona.

*** No es necesario proporcionar los porcentajes

La cantidad adeudada se distribuirá en partes iguales entre los beneficiarios, a menos que se proporcionen porcentajes para cada uno de ellos y que sumen el 100%.

Si un beneficiario fallece antes que usted, la cantidad adeudada se distribuirá en partes iguales entre los beneficiarios restantes.

FIRME Y ESCRIBA LA FECHA EN LA PÁGINA 1 ANTES DE ENVIARLO. GRACIAS.