



Cambio de Beneficiario para Beneficios de una Anualidad Garantizada y Contínua
(Para participantes que actualmente reciben beneficios)

PBGC Formulario SP711

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

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

Si usted es sordo, si tiene dificultades auditivas o si tiene una discapacidad del habla, por favor marque 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones.

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

INSTRUCCIONES:

Llene este formulario con letra clara y tinta azul o negra. Complete todas las secciones de este formulario. Use este formulario para cambiar su beneficiario si está recibiendo una Anualidad Garantizada y Contínua. Si usted fallece antes que termine el período del plazo fijo, cualquier pago restante será enviado a la(s) persona(s) o entidad(es) (por ejemplo, iglesia, fideicomiso, patrimonio u otra organización) que usted designe en la sección 2. El(los) beneficiario(s) que usted designe en este formulario reemplazarán a todos los beneficiarios nombrados anteriormente. Si estaba casado/a cuando empezó a recibir beneficios, el cónyuge con que estaba casado/a en ese entonces debe aprobar su cambio de beneficiario.

Sección 1: Información General Sobre Usted

1. Apellido	2. Primer Nombre
3. Segundo Nombre	4. Otro(s) apellido(s) usado(s)

5. Número de Seguro Social	6. Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	7. Sexo																				
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				-							<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>			/			/					<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMEMENINO
			-																			
		/			/																	

8. Dirección Postal	Apartamento / Número de Ruta	
Ciudad	Estado	Código Postal
País		

9. Teléfono Primario	10. Tipo de Teléfono													
<table border="1"> <tr> <td>(</td><td></td><td></td><td></td><td>)</td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	()				-					<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil
()				-						

11. Teléfono Secundario	12. Tipo de Teléfono													
<table border="1"> <tr> <td>(</td><td></td><td></td><td></td><td>)</td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	()				-					<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil
()				-						

**Cambio de Beneficiario para Beneficios de una Anualidad
Garantizada y Continua
(Para participantes que actualmente reciben beneficios)**

**PBGC Formulario SP711,
Página 2 de 6**

Número del Plan:

Nombre del Participante:

13. Estado Civil

¿Estaba casado/a cuando empezó a recibir beneficios (Fecha de Comienzo de la Anualidad)?
 SI NO

¿Está su cónyuge vivo/a?
 SI NO

Ingrese la información de su cónyuge a la Fecha de Comienzo de la Anualidad

Apellido de su cónyuge

Primer nombre de su cónyuge

Segundo nombre de su cónyuge

Otro(s) apellido(s) usado(s)

Número de Seguro Social de su cónyuge

Fecha de nacimiento de su cónyuge

Mes/Día/Año

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

		/			/						
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

Sección 2: Designación de Beneficiario para Beneficios de Anualidad Garantizada y Continua

Nombre a su(s) beneficiario(s) en las casillas abajo. Esta designación reemplaza cualquier nombramiento anterior y se hace efectiva en la la fecha en que es recibida por PBGC. El beneficiario descrito abajo recibirá los beneficios que continuarán luego de su fallecimiento y también cualquier cantidad adicional que se le adeuda al momento de su fallecimiento. Usted puede nombrar más de un beneficiario. Indique los porcentajes que cada uno recibirá, y asegúrese de que los porcentajes sumen 100%. Si los porcentajes indicados no totalizan 100%, la cantidad adeudada se distribuirá equitativamente entre los beneficiarios.

Utilice una hoja de papel adicional si desea nombrar más de cuatro beneficiarios, y liste los nombres de los beneficiarios adicionales, fechas de nacimiento, relación con usted, números de Seguro Social, información de contacto, y los respectivos porcentajes; incluya su nombre y número de identificación de cliente. Firme y escriba la fecha en la hoja adicional, y adjúntela a este formulario.

Marque aquí si esta adjuntando una hoja adicional.

Si algún beneficiario fallece antes que usted, la cantidad adeudada se distribuirá equitativamente entre los beneficiarios sobrevivientes.

Si todos los beneficiarios fallecen antes que usted, PBGC pagará cualquier cantidad que se le adeuda en el siguiente orden: su cónyuge, hijos(as), padres, patrimonio, o pariente más cercano.

<input type="checkbox"/> Cónyuge (Identificado en la casilla 13)	_____ %	
<input type="checkbox"/> Beneficiario (1)	_____ %	El total del porcentaje para todos los beneficiarios no puede ser mayor a 100%
<input type="checkbox"/> Beneficiario (2)	_____ %	
<input type="checkbox"/> Beneficiario (3)	_____ %	
<input type="checkbox"/> Beneficiario (4)	_____ %	

**Cambio de Beneficiario para Beneficios de una Anualidad
Garantizada y Continua
(Para participantes que actualmente reciben beneficios)**

**PBGC Formulario SP711,
Página 3 de 6**

Número del Plan:

Nombre del Participante:

Beneficiario (1)

Apellido del Beneficiario		Primer nombre del Beneficiario	
Segundo nombre del Beneficiario		Otro(s) apellido(s) usado(s)	
Relación con usted			
Número de Seguro Social del Beneficiario		Fecha de nacimiento del Beneficiario Mes/Día/Año	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Dirección postal del Beneficiario		Apartamento / Número de ruta	
Ciudad	Estado	Código Postal	
País			
Teléfono Primario del Beneficiario		Teléfono Secundario del Beneficiario	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Beneficiario (2)

Apellido del Beneficiario		Primer nombre del Beneficiario	
Segundo nombre del Beneficiario		Otro(s) apellido(s) usado(s)	
Número de Seguro Social del Beneficiario		Fecha de nacimiento del Beneficiario Mes/Día/Año	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Dirección postal del Beneficiario		Apartamento / Número de ruta	
Ciudad	Estado	Código Postal	
País			
Teléfono Primario del Beneficiario		Teléfono Secundario del Beneficiario	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Beneficiario (3)

Apellido del Beneficiario		Primer nombre del Beneficiario	
Segundo nombre del Beneficiario		Otro(s) apellido(s) usado(s)	
Relación con usted			

**Cambio de Beneficiario para Beneficios de una Anualidad
Garantizada y Continua
(Para participantes que actualmente reciben beneficios)**

**PBGC Formulario SP711,
Página 4 de 6**

Número del Plan:

Nombre del Participante:

Número de Seguro Social del Beneficiario	Fecha de nacimiento del Beneficiario	Mes/Día/Año
<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"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Dirección postal del Beneficiario	Apartamento / Número de ruta	
Ciudad	Estado	Código Postal
País		
Teléfono Primario del Beneficiario	Teléfono Secundario del Beneficiario	
(<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Beneficiario (4)

Apellido del Beneficiario	Primer nombre del Beneficiario	
Segundo nombre del Beneficiario	Otro(s) apellido(s) usado(s)	
Relación con usted		
Número de Seguro Social del Beneficiario	Fecha de nacimiento del Beneficiario	Mes/Día/Año
<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"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Dirección postal del Beneficiario	Apartamento / Número de ruta	
Ciudad	Estado	Código Postal
País		
Teléfono Primario del Beneficiario	Teléfono Secundario del Beneficiario	
(<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Número del Plan:

Nombre del Participante:

Sección 3: Consentimiento del cónyuge para la designación de Beneficiario(s) de una Anualidad Garantizada y Continua

Esta sección NO NECESITA ser completada por su cónyuge si:

- Usted no estaba casado/a cuando empezó a recibir beneficios,
- El/la cónyuge con quien estaba casado/a cuando empezó a recibir beneficios falleció; o si,
- Usted esta nombrando al cónyuge con el/la que estaba casado(a) cuando empezó a recibir beneficios, como el(la) beneficiario/a del 100% de la Anualidad Garantizada y Continua.

La firma de consentimiento de su cónyuge debe de estar notariada por un notario público.

Si su cónyuge no da su consentimiento, la designación actual de beneficiario/a no será cambiada.

A completar por su cónyuge:

Al firmar abajo, doy consentimiento a la elección de beneficiario(s) que mi cónyuge nombró en la Sección 2. Mi consentimiento es voluntario. He leído y entiendo la información que proporciona esta solicitud.

En particular entiendo todo lo siguiente:

- Tengo derecho a **no** consentir con la elección de beneficiario(s) de mi cónyuge.
- Si **no** consiento, la designación actual de beneficiario de mi cónyuge para la Anualidad Garantizada y Continua no cambiará.
- Si **sí consiento** con la elección de mi cónyuge, los beneficios para sobreviviente, si los hubiera, se pagarán de acuerdo a la designación de beneficiario(s) elegida por mi cónyuge en la Sección 2. En consecuencia, si mi cónyuge fallece antes que yo, pueda que no tenga derecho a ningún beneficio de sobreviviente.
- Si **sí consiento** con su elección, mi cónyuge **NO** puede realizar cambios futuros de beneficiario(s) sin mi consentimiento.

FIRMA DEL CÓNYUGE (DEBE SER FIRMADO
ANTE UN NOTARIO PÚBLICO)

FECHA

Debe ser completado por el Notario Público:

En este _____ día de _____ mes _____, año. Yo atestiguo que el *Consentimiento del cónyuge para la designación de Beneficiario(s) de una Anualidad Garantizada y Continua* ha sido firmado por _____, quién apareció ante mí personalmente, o cuya identidad o firma me es personalmente conocido/a, o quién ha demostrado con pruebas satisfactorias que es el/la firmante autorizado/a de este formulario.

Fecha de Expiración de mi Comisión

Nombre del Notario Público

CIUDAD / CONDADO

ESTADO

Número del Plan:

Nombre del Participante:

Sección 4: Firma

Firme y escriba la fecha en esta solicitud.

Hacer declaraciones falsas, ficticias o fraudulentas de manera intencional o voluntariamente a Pension Benefit Guaranty Corporation es un delito punible bajo el Título 18, Sección 1001, del Código de los Estados Unidos (USC).

Declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta.

Firma del participante

Fecha