



FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Complete este *Formulario de Designación de Beneficiario* si es (i) miembro del Plan de Pensión o de la TDRA; (ii) titular de una cuenta IRA Tradicional o Roth; (iii) titular de una cuenta BAA; (iv) beneficiario de un miembro de la TDRA fallecido; o (v) beneficiario de un titular fallecido de una cuenta IRA Tradicional o Roth.

Esto es: una designación inicial un cambio a una designación existente

Las designaciones de beneficiarios hechas en este formulario aplican al plan o planes indicados a continuación. Si desea hacer distintas designaciones de beneficiarios para diversos planes, deberá completar un Formulario de Designación de Beneficiarios distinto para cada plan.

Marque	Nombre de Plan	Beneficios o Cuentas del Plan Aplicables
<input type="checkbox"/>	Plan de Pensión*	<p>Todos los beneficios del plan de pension pagaderos a un beneficiario designado (Beneficio por Fallecimiento de la Persona Pensionada, Beneficio de Continuación de Salario, Acuerdo de Bienes por Fallecimiento y Pension por Cinco Años, si aplica)</p> <p>Pension de Cinco Años solamente (tiene que ser soltero/a cuando se retire y cumplir con los requisitos de elegibilidad para elegir este beneficio)</p> <p>Beneficio por Fallecimiento de la Persona Pensionada/Beneficio de Continuación de Salario (marque solo si ha elegido la Pension por Cinco Años y desea designar un beneficiario separado para estos beneficios por fallecimiento)</p>
<input type="checkbox"/>	Cuenta de Jubilación con Impuestos Diferidos	<p>Todas las cuentas TDRA</p> <p><input type="checkbox"/> Solo numeros de las cuentas TDRA</p> <p>Num. _____ Num. _____</p> <p>Num. _____ Num. _____</p>
<input type="checkbox"/>	IRA Tradicional	<p><input checked="" type="checkbox"/> Todas las cuentas IRA Tradicional</p> <p><input type="checkbox"/> Solo numeros de las cuentas IRA Tradicional</p> <p>Num. _____ Num. _____</p> <p>Num. _____ Num. _____</p>
<input type="checkbox"/>	Cuenta IRA Roth	<p><input checked="" type="checkbox"/> Todas las cuentas IRA Roth</p> <p><input type="checkbox"/> Solo numeros de las cuentas IRA Roth</p> <p>Num. _____ Num.. _____</p> <p>Num. _____ Num. _____</p>
<input type="checkbox"/>	Cuenta de Acumulación de Beneficios (BAA)	<p><input type="checkbox"/> Todas las BAAs</p> <p><input type="checkbox"/> Solo numeros de las cuentas BAA</p> <p>Num. _____ Num. _____</p> <p>Num. _____ Num. _____</p>

*El Plan de Pensión paga los beneficios por fallecimiento a sus beneficiarios designados nombrados en este formulario solamente en circunstancias limitadas. (por ejemplo, en caso de que usted fallezca sin cónyuge sobreviviente, pareja doméstica cualificada, hijos sobrevivientes o progenitores dependientes). Generalmente, los beneficiarios designados son los mismos que todos los Beneficios por Fallecimiento excepto si elige la Pension por Cinco Años, puede separadamente designar un beneficiario individual para recibir la Pension por Cinco Años y beneficiarios diferentes para recibir su Beneficio por Fallecimiento o el Beneficio de Continuación de Salario.

- ESCRIBA CLARAMENTE -

I. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO/TITULAR/TITULAR DE LA CUENTA

Nombre del Miembro/Titular/Titular de la Cuenta _____ Núm. de Membresía _____
(nombre) (segundo nombre) (apellido)

Marque aquí si existen cambios en su información de contacto registrada

Dirección Residencial _____

Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código Postal _____

Número de Teléfono Diurno (_____) _____ Dirección de Correo Electrónico _____

II. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO [COMPLETE SOLO SI EL MIEMBRO/TITULAR HA FALLECIDO.]

Nombre del Beneficiario _____ Núm. de Seguro Social/ITIN _____
Formulario de Designación de beneficiarios 01-25 Página 1 de 4 4838-4367-7406.20

Dirección Residencial _____
 Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código Postal _____ -
 Número de Teléfono Diurno (_____) Teléfono de Trabajo (_____) Teléfono Móvil (_____)
 Dirección de Correo Electrónico _____
 Relación con el Fallecido _____ Fecha del Fallecimiento ____ / ____ / ____

III. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Designe a la persona, fideicomiso o entidad que elija para recibir los beneficios pagaderos en caso de fallecimiento. Si designa a un fideicomiso como beneficiario, incluya el nombre y la dirección del fideicomiso, la fecha de creación del fideicomiso y el nombre del fideicomisario. No está limitado a tres beneficiarios principales y tres beneficiarios eventuales. Para designar beneficiarios adicionales, adjunte y firme una hoja aparte en la que consten los nombres y los datos de identificación adicionales.

A menos que se indique lo contrario, los beneficios por fallecimiento se pagarán en partes iguales a sus beneficiarios principales que vivan en el momento de su fallecimiento. Si en el momento de su fallecimiento no vive ningún beneficiario principal, a menos que se indique lo contrario, los beneficios por fallecimiento se pagarán en partes iguales a sus beneficiarios eventuales que vivan en el momento de su fallecimiento. Si nombra a varios beneficiarios principales o contingentes y uno de ellos fallece antes que usted, el porcentaje de la cuota designada de ese beneficiario se dividirá en partes iguales entre los beneficiarios principales o contingentes sobrevivientes, según aplique.

IMPORTANTE: Si usted es un (i) miembro del Plan de Pensión o de una TDRA, y es soltero; (ii) titular de una cuenta IRA Tradicional o Roth; (iii) titular de una cuenta BAA; (iv) beneficiario de una TDRA; o (v) beneficiario de una cuenta IRA Tradicional o Roth, y no elige a un beneficiario o si sus beneficiarios nombrados en este Formulario de Designación de Beneficiarios no le sobreviven, sus beneficios se pagarán a su sucesión. Si es miembro del Plan de Pensión y está casado o tiene una pareja doméstica cualificada, o si es miembro de la TDRA y está casado, y no elige a un beneficiario o si sus beneficiarios nombrados en este Formulario de Designación de Beneficiarios no le sobreviven, sus beneficios se pagarán a su cónyuge sobreviviente (o pareja doméstica cualificada bajo el Plan de Pensión, si aplica). Si no incluye un número de Seguro Social y los datos de contacto actualizados de cada beneficiario designado, en su caso, las distribuciones podrían retrasarse cuando usted fallezca.

Beneficiarios principales <i>El porcentaje total destinado a todos los beneficiarios principales debe ser igual al 100%.</i>	Porcentaje del Beneficio
Nombre del Individuo o Fideicomiso _____ <small>(nombre, segundo nombre, apellido)</small>	_____ %
Dirección Postal _____ <small>(calle, ciudad, estado, código postal)</small>	
Teléfono Principal (_____) Relación con el Miembro/Nombre del Fideicomisario	
Núm. de Seguro Social/ITIN _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento o del Fideicomiso ____ / ____ / ____	
Dirección de Correo Electrónico _____	
Nombre del Individuo o Fideicomiso _____ <small>(nombre, segundo nombre, apellido)</small>	_____ %
Dirección Postal _____ <small>(calle, ciudad, estado, código postal)</small>	
Teléfono Principal (_____) Relación con el Miembro/Nombre del Fideicomisario	
Núm. de Seguro Social/ITIN _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento o del Fideicomiso ____ / ____ / ____	
Dirección de Correo Electrónico _____	
Nombre del Individuo o Fideicomiso _____ <small>(nombre, segundo nombre, apellido)</small>	_____ %
Dirección Postal _____ <small>(calle, ciudad, estado, código postal)</small>	
Teléfono Principal (_____) Relación con el Miembro/Nombre del Fideicomisario	
Núm. de Seguro Social/ITIN _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento o del Fideicomiso ____ / ____ / ____	
Dirección de Correo Electrónico _____	

Beneficiarios Contingentes	Porcentaje del Beneficio
<p>Si todos sus beneficiarios principales fallecen antes que usted, los beneficios pagaderos en caso de fallecimiento se abonarán a su(s) beneficiario(s) contingente(s). <i>El porcentaje total para todos los beneficiarios contingentes debe ser igual al 100%.</i></p> <p>Nombre del Individuo o Fideicomiso _____ <small>(nombre, segundo nombre, apellido)</small></p> <p>Dirección Postal _____ <small>(calle, ciudad, estado, código postal)</small></p> <p>Teléfono Principal (_____) Relación con el Miembro/Nombre Fideicomisario</p> <p>Núm. de Seguro Social/ITIN _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento o del Fideicomiso _____ / _____ / _____</p> <p>Dirección de Correo Electrónico _____</p>	_____ %
<p>Nombre del Individuo o Fideicomiso _____ <small>(nombre, segundo nombre, apellido)</small></p> <p>Dirección Postal _____ <small>(calle, ciudad, estado, código postal)</small></p> <p>Teléfono Principal (_____) Relación con el Miembro/Nombre Fideicomisario</p> <p>Núm. de Seguro Social/ITIN _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento o del Fideicomiso _____ / _____ / _____</p> <p>Dirección de Correo Electrónico _____</p>	_____ %
<p>Nombre del Individuo o Fideicomiso _____ <small>(nombre, segundo nombre, apellido)</small></p> <p>Dirección Postal _____ <small>(calle, ciudad, estado, código postal)</small></p> <p>Teléfono Principal (_____) Relación con el Miembro/Nombre Fideicomisario</p> <p>Núm. de Seguro Social/ITIN _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento o del Fideicomiso _____ / _____ / _____</p> <p>Dirección de Correo Electrónico _____</p>	_____ %

[IV. CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE [NO LO COMPLETE PARA DESIGNACIONES DE PLANES DE PENSIÓN]]

Si usted reside o ha residido en un estado de comunidad de bienes o de bienes conyugales (que puede incluir, entre otros, AZ, CA, ID, LA, NV, NM, PR, TX, WA y WI) y está casado, es posible que su cónyuge tenga que completar esta Sección IV para que usted pueda designar como beneficiario a otra persona que no sea su cónyuge o en adición a ella o a él. Si no está casado actualmente y contrae matrimonio en el futuro, deberá completar un nuevo formulario de designación de beneficiario. Es su responsabilidad determinar si aplica esta Sección IV y si el texto de consentimiento del cónyuge que figura a continuación es suficiente para cumplir con las leyes estatales aplicables. Es posible que su estado requiera que este formulario se firme ante un notario. **IMPORTANTE: Si usted reside en un estado de comunidad de bienes o de bienes conyugales y no obtiene el consentimiento de su cónyuge de conformidad con las leyes de su estado, es posible que no sea válido ningún beneficiario que designe en la Sección II que no sea su cónyuge.**

CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE. Soy cónyuge del miembro/titular/titular de la cuenta o del beneficiario. Debido a las importantes consecuencias fiscales de renunciar a mi participación en los fondos cubiertos por este formulario de designación de beneficiario, se me ha aconsejado que acuda a un profesional fiscal o jurídico. En este documento, cedo voluntaria e irrevocablemente al miembro/propietario/titular de la cuenta cualquier bien ganancial o interés conyugal que tenga en los fondos cubiertos por este Formulario de Designación de Beneficiarios y doy mi consentimiento a la designación o designaciones de beneficiarios indicadas anteriormente. Asumo toda la responsabilidad de este consentimiento.

Firma del Cónyuge _____ **Fecha** _____ / _____ / _____

Nombre en Letra de Molde _____

Haga que se complete la siguiente información si la firma de su cónyuge debe ser reconocida por un Notario Público:

ESTADO DE _____)

CONDADO DE _____)

En este _____ día de _____, compareció personalmente ante mí el arriba nombrado _____, personalmente conocido por mí, quien, debidamente juramentado, declara y dice que él o ella ejecutó voluntariamente el consentimiento anterior.

Firma del Notario Público _____ **(SELLO)**

Mi comisión expira _____ / _____ / _____

V. CERTIFICACIÓN Y FIRMA DEL MIEMBRO/PROPIETARIO/TITULAR DE LA CUENTA/BENEFICIARIO

Designo a la(s) persona(s) o entidad(es) nombrada(s) en este formulario de designación de beneficiarios como beneficiarios de los planes indicados. Me reservo el derecho de revocar esta designación en cualquier momento presentando un nuevo Formulario de Designación de Beneficiarios. Este Formulario de Designación de Beneficiarios sustituirá cualquier designación de beneficiarios anterior. Entiendo que este Formulario de Designación de Beneficiarios no empezará a ser vigente hasta que yo lo haya firmado y haya sido recibido por Pension Fund. Asimismo, entiendo que este Formulario de Designación de Beneficiarios seguirá vigente hasta que yo complete, firme y presente un Formulario de Designación de Beneficiarios actualizado a Pension Fund en una fecha posterior, y dicho Formulario sea recibido por Pension Fund. Certifico que he obtenido el consentimiento de mi cónyuge si he designado a un beneficiario que no sea mi cónyuge, o en adición de ella o de él, en la medida en que resida en un estado de bienes gananciales o conyugales y la ley estatal me requiera obtener dicho consentimiento con respecto a la totalidad o una parte de mi beneficio. Asumo toda la responsabilidad de todas las consecuencias si no obtengo el consentimiento requerido.

Firma _____ **Fecha** _____ / _____ / _____

IMPORTANTE: CONSERVE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA SUS ARCHIVOS.

Pension Fund of the Christian Church

P.O. Box 6251, Indianapolis, Indiana 46206-6251

Teléfono Gratuito: 1.866.495.7322 - Teléfono: 317.634.4504 - Fax: 317.634.4071

Correo Electrónico: pfcc1@pensionfund.org - Página Web: www.pensionfund.org