



Pension Benefit Guaranty Corporation.

P.O. Box 151750 Alexandria, VA 22315-1750

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

NOTIFICACIÓN SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD

La Ley de la Privacidad de 1974 (*Privacy Act*), con sus modificaciones en el estatuto 5 U.S.C. § 552a (2012 & Supp. II 2014), requiere que PBGC le entregue esta notificación cuando recolectamos información de usted. PBGC usa la información que recolecta para determinar si usted tiene derecho a un pago de beneficio, de un plan de jubilación que ha terminado, y si es así, para calcular la cantidad que se le debe, y para realizar los pagos adecuados de los beneficios. PBGC utiliza la información recolectada, incluyendo su nombre, su número de Seguro Social, fecha de nacimiento, y cualquier información personal identificable (PII) necesaria para identificarse sus archivos dentro de PBGC, para reportar sus ingresos para propósito de impuestos, y para responder a solicitudes lícitas de información suya por parte de otros individuos y entidades. Su participación es voluntaria. Sin embargo, el no proporcionar esta información a PBGC, incluyendo su nombre, número de Seguro Social, fecha de nacimiento, y otra información personal identificable (PII) necesaria, podría demorar o impedir que PBGC calcule y le pague sus beneficios.

PBGC podría proporcionar información sobre usted a otros individuos o entidades cuando sea necesario y apropiado bajo 5 U.S.C. § 552a(b) de la Ley de Privacidad, incluyendo a: terceras partes para hacerle pagos de beneficios a usted; la compañía que era responsable de su plan o a entidades relacionadas a esa compañía; una organización sindical que lo represente; para obtener información de la Administración Federal de Aviación (FAA, siglas en inglés) concerniente a un piloto o a la elegibilidad de un antiguo piloto para un beneficio por discapacidad; para obtener su dirección de otras fuentes cuando PBGC no tiene su dirección actual válida; para cumplir con la ley federal requiriendo la divulgación de la información contenida en nuestros archivos; para facilitar la investigación estadística, auditar o investigar asuntos; para asignar agencias para la colección de deuda, y en una medida limitada, a su cónyuge, excónyuge, hijo, u otro dependiente, cuando dicho individuo podría llegar a tener derecho a recibir beneficios de PBGC.

PBGC también podría dar información de usted a agencias del orden público federales, estatales, locales, y tribales cuando PBGC se entera de una posible violación a las leyes penales o civiles. Si PBGC, un empleado de PBGC, los Estados Unidos u otra agencia de los Estados Unidos, se encuentra involucrado en un litigio, PBGC podría suministrar información relevante acerca de usted a un tribunal u organismo jurisprudencial o al Departamento de Justicia (DOJ) cuando este representa a PBGC. PBGC también podría proporcionar información sobre usted a la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) con relación a la revisión de las leyes de asistencia financiera individual o a una oficina del Congreso en respuesta a una averiguación que esa oficina haga sobre usted a su pedido. Esta información también podría ser revelada para cualquier uso general de rutina de PBGC tal como se publicó en el Registro Federal.

PBGC publica notificaciones en el Registro Federal (FR) que describen con mayores detalles cuando información suya puede ser revelada a otros. Una copia de la notificación más reciente del Registro Federal puede obtenerse en línea en pbgc.gov/es/privacidad llamando gratis al Centro de Contacto del Cliente de PBGC al 1-800-400-7242. Si usa TTY/ASCII llame al 1-800-845-6136 y dele al operador de retransmisión nuestro número de teléfono. La autoridad que posee PBGC de recolectar información sobre usted, incluyendo su número de Seguro Social, deriva de los Estados Unidos, código 29 U.S.C. §§ 1055, 1056 (d) (3), 1302, 1321, 1322, 1322a, 1341 y 1350 (2012 & Supp. II 2014).

NOTIFICACIÓN SOBRE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES

La Ley de Reducción de Trámites del 1995, 44 U.S.C. § 3501, et seq. requiere que PBGC le proporcione esta notificación cuando recolecta información de usted. PBGC usa la información recolectada, incluyendo nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento, y/o otra información específica de identificación personal (PII Siglas, en inglés) necesaria, para determinar si usted tiene derecho a un pago de beneficios de un plan de jubilación que ha terminado, y en caso afirmativo, para calcular la cantidad que se le debe, y para realizar los pagos de los beneficios correspondientes. Su respuesta es voluntaria. Sin embargo, el no proporcionar esta información a PBGC, incluyendo su nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento, y otra información personal identificable (PII) específica necesaria, podría retrasar o impedir que PBGC determine si usted tiene derecho a un pago de beneficio, calcular la cantidad debida, y pagar el beneficio que se le debe, si llegara a tener derecho. Cierta información proporcionada a PBGC podría ser información revelable bajo la Ley de la Libertad de Información, en su forma enmendada, 5 U.S.C. § 552, la Ley de Privacidad de 1974, en su forma enmendada, 5 U.S.C. § 552a.

PBGC estima que el tiempo utilizado para completar la solicitud de recolección de información es de 21 minutos (que incluye 60 minutos para completar los formularios de solicitud de beneficios; 30 minutos para completar los formularios 701, 700RN, 700RSC, 704 y 715; y 6 minutos para completar los formularios restantes), y un costo promedio de \$3.50 cuando se requiere servicios de notario para completar un formulario o una solicitud. Estas son estimaciones; el tiempo y costo real variaría dependiendo de las circunstancias y el tipo de formulario o solicitud. Si usted tiene algún comentario con respecto a la exactitud de esta estimación o sugerencias para mejorar la recolección de información, por favor envíe sus comentarios a Pension Benefit Guaranty Corporation, Office of the General Counsel, Regulatory Affairs Division, 1200 K Street, NW, Washington, DC 20005-4026. Esta recolección de información ha sido aprobada por la Oficina de Administración y Presupuesto (En inglés: Office of Management and Budget, OMB) bajo el número de control 1212-0055 (expiración 08/31/2024). Bajo la Ley de Reducción de Trámites, una agencia no podrá conducir ni patrocinar, y no es requerido que una persona tenga que responder a, una recolección de información a menos que muestre un número actual y válido de control de OMB.



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

PBGC Formulario SP711

Pension Benefit Guaranty Corporation

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 Continúa. 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil
11. Teléfono Secundario	12. Tipo de Teléfono
<input type="text"/>	<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)**

Número del Plan:

Nombre del Participante:

13. Estado Civil

¿Estaba casado/a cuando empezó a recibir beneficios (Fecha de Comienzo de la Anualidad)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Está su cónyuge vivo/a? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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
<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"/>	

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"/>	
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"/>	

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"/>	
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"/>	

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

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

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

Número del Plan:

Nombre del Participante:

Sección 6: 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