Formulario de Información del Destinatario del Pago

PBGC Formulario SP701

Pension Benefit Guaranty Corporation.
P.O. Box 151750 Alexandria, VA 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: Usted debe completar este formulario para continuar recibiendo pagos de pensión. Si tiene alguna pregunta, llame al Centro de Contacto del Cliente al 1-800-400-7242. **Utilice tinta azul o negra y escriba claramente.**

1. Información General Sobre Usted

Apellido	Primer Nombre
Segundo Nombre	Otro(s) Apellidos(s) Usado(s)

Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo
___ - ___ - ____	__ / __ / ____	MASCULINO ☐ FEMENINO ☐

Dirección Postal	Apartamento / Número de Ruta	
Ciudad	Estado	Código Postal
País	Correo Electrónico	

Teléfono Diurno	EXTENSIÓN	Teléfono Nocturno
(___) ___ - ____	x ____	(___) ___ - ____

Su relación con la persona que participó en el plan: SÓLO MARQUE UNO

A. Participante – Los beneficios provienen de mi plan de pensión ☐

B. Beneficiario – Los beneficios provienen del plan de pensión de alguien que ha fallecido. ☐

Nombre del Participante:	Relación ☐ Cónyuge ☐ Otro	
Nro. Seguro Social del Participante	Fecha Nacimiento Particip.	Fecha Fallecimiento Particip.
___ - ___ - ____	__ / __ / ____	__ / __ / ____

C. Beneficiario alternativo – Los beneficios son del plan de pensión de otra persona pero se me asignaron a mi en base a una orden de un tribunal. ☐

Nombre del participante:

Fecha de la orden: __ / __ / ____

D. Otro. Por favor, explique: ☐

CONTINÚA ATRÁS

Aprobado OMB 1212-005
Vence 06/30/2027

Número del Plan: Nombre del Participante:

2a. Información del Participante – Complete esta sección solamente si marcó "Participante" en la sección 1. De lo contrario continúe con la sección 3.

¿Está usted empleado actualmente? Si es así, por favor proporcione la información que se pide a continuación:	No ☐ Sí ☐
Nombre del Empleador:	Ciudad y Estado

¿Estaba usted casado(a) cuando se jubiló? Si es así, por favor proporcione la información que se pide a continuación acerca de su cónyuge al momento de jubilarse.	No ☐ Sí ☐
Apellido del Cónyuge	Nombre del Cónyuge
Segundo Nombre del Cónyuge	Otro(s) Apellidos(s) Usado(s)

Número de Seguro Social del Cónyuge	Fecha de Nacimiento del Cónyuge	Fecha del Matrimonio
___ - ___ - ____	__ / __ / ____	__ / __ / ____
Fecha de fallecimiento del cónyuge, si aplica **(PRUEBA REQUERIDA)**		__ / __ / ____

Sexo del cónyuge: Masculino ☐ Femenino ☐

2b. Orden del tribunal relacionada con el beneficio del participante

¿Existe una orden de un tribunal (Ej. orden judicial de relaciones domésticas, sentencia de divorcio, orden de pensión alimenticia, etc.) que requiera que se paguen algunos o todos los beneficios a su cónyuge, ex-cónyuge, hijo, u otro dependiente?	No ☐ Sí ☐
Fecha de la orden:	__ / __ / ____
Nombre del beneficiario alternativo:	

3. Designación de Beneficiario para Pagos Adeudados al Momento del Fallecimiento – Es posible que PBGC le deba dinero al momento de su fallecimiento. Generalmente, esto sucede si su beneficio final es más alto que el beneficio estimado que le hemos estado pagando. Si otra persona continúa recibiendo su beneficio después de su fallecimiento **(como es el caso con una Anualidad Garantizada y Continua o con una Anualidad Conjunta con Sobreviviente),** PBGC pagará lo que se le adeude a usted a esa persona. Si no hay beneficios continuos o la persona designada para recibir beneficios continuos fallece antes que usted, PBGC pagará lo que se le adeude al momento de su fallecimiento a la(s) persona(s) y/o entidad(es) que usted designe en esta sección (por ejemplo, un fidecomiso, iglesia, patrimonio, u otra organización). Si no hace una designación, o si todos los beneficiarios que designa a continuación fallecen antes que usted, PBGC pagará lo que se le debe en el orden siguiente: su cónyuge, sus hijos(as), sus padres, su patrimonio, o el pariente más cercano.

Nombro 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.

CONTINÚA ➔

Aprobado OMB 1212-005
Vence 06/30/2027

Número del Plan: Nombre del Participante:

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 a partes iguales entre los beneficiarios restantes.

4. **Firma –** Firme y escriba la fecha en la 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, y el 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

Aprobado OMB 1212-005
Vence 06/30/2027