

## INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Use este formulario para designar o cambiar los beneficiarios de su seguro grupal que recibirán los fondos a su fallecimiento. La información de este formulario reemplazará cualquier designación previa de beneficiarios. Puede nombrar a cualquier persona o entidad como beneficiario y puede cambiar el beneficiario en cualquier momento completando un nuevo formulario de Designación/cambio de beneficiario del seguro grupal. Las designaciones habituales incluyen individuos, propiedades, corporaciones/organizaciones y fideicomisos. **El beneficiario designado recibirá el pago. Si no se designa un beneficiario, o si el beneficiario designado fallece antes que el asegurado, el pago se realizará de acuerdo con los términos de su contrato grupal.**

### DEFINICIONES

Las siguientes definiciones pueden resultarle útiles para completar este formulario:

**Beneficiario(s) primario(s):** las personas o la entidad que usted elija para recibir los fondos de su seguro de vida. El pago se hará en partes iguales a menos que se especifique lo contrario. En caso de que un beneficiario primario muera antes que el asegurado, los fondos se pagarán a los beneficiarios primarios restantes en partes iguales o al único beneficiario primario que quede.

**Beneficiario(s) contingente(s):** las personas o la entidad que elija para recibir los fondos de su seguro de vida si los beneficiarios primarios mueren (o la entidad se disuelve) antes que usted. El pago se hará en partes iguales a menos que se especifique lo contrario. En caso de que un beneficiario contingente muera antes que el asegurado, los fondos se pagarán a los beneficiarios contingentes restantes en partes iguales o todo al único que quede.

### INSTRUCCIONES PARA DESIGNAR UN BENEFICIARIO PRIMARIO O CONTINGENTE

#### 1. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

- Se requiere toda la información que aparece en esta sección.
- A menos que se indique lo contrario en la sección 1, la información suministrada en el formulario se aplicará a TODAS las coberturas ofrecidas bajo el plan grupal del empleador.
- A menos que se indique lo contrario en la sección 2, la información suministrada en el formulario se aplicará a todas las coberturas de seguro de vida grupal emitidas por The Prudential Insurance Company of America al titular del contrato grupal.

#### 2. DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO

- Usted puede nombrar más de un beneficiario primario y más de uno contingente. Este formulario le permite nombrar hasta cuatro beneficiarios primarios y cuatro contingentes. Si necesita espacio adicional, agregue una hoja aparte.
- Indique el porcentaje asignado a cada beneficiario primario. **El total distribuido entre todos los beneficiarios primarios debe ser igual al 100%.** Si no se especifican porcentajes, los fondos se dividirán en forma equitativa entre todos los nombrados. El beneficiario designado recibirá el pago. Si no se designa un beneficiario, o si el beneficiario fallece antes que el asegurado, el pago se realizará de acuerdo con los términos de su contrato grupal. **Si va a designar porcentajes para los beneficiarios contingentes, el porcentaje de todos los beneficiarios contingentes también debe ser igual al 100%.**
- Puede nombrar como beneficiario a una persona, corporación/organización, fideicomiso o una propiedad. Los siguientes ejemplos pueden resultarle útiles para designar beneficiarios:

**Persona:** "Mary A. Doe"

- Cada nombre debe aparecer en la lista con el formato: nombre, inicial del segundo nombre, apellido ("Mary A. Doe" no "Sra. M. Doe")
- Incluya la dirección, número de teléfono, número de seguro social, la relación que lo vincula y la fecha de nacimiento de cada persona de la lista.
- Indique el porcentaje que se debe asignar a cada persona.

**Propiedad:** "Propiedad del asegurado"

- Seleccione "Otro" como descripción del beneficiario y escriba "Propiedad" en el espacio en blanco provisto.
- Indique el porcentaje que se debe asignar a la propiedad del asegurado.

**Corporación/Organización:** "Organización de caridad ABC"

- Seleccione "Corporación/Organización" como descripción del beneficiario.
- Escriba el nombre legal de la corporación u organización en el espacio designado para el nombre del beneficiario.
- Incluya la dirección, ciudad, estado, número de teléfono y número de ID fiscal de operación para cada organización o corporación nombrada.
- Indique el porcentaje que se debe asignar a la corporación u organización.

**Fideicomiso:** "El fideicomiso John Doe. Un fideicomiso con acuerdo de fecha 1/1/99, cuya fideicomisaria es Jane Smith".

- Seleccione "Fideicomiso" como descripción del beneficiario.
- Indique el porcentaje que se debe asignar al fideicomiso.
- Complete la sección 3, Designación de fideicomiso.

#### 3. DESIGNACIÓN DE FIDEICOMISO

- Complete esta sección si ha nombrado a un fideicomiso como beneficiario primario o contingente en la sección 2. Complete el nombre y la dirección de cada fideicomisario.
- Complete el título y la fecha del Acuerdo de fideicomiso en el espacio provisto.

#### 4. AUTORIZACIÓN/FIRMA

- El empleado debe leer, firmar y colocar la fecha en la autorización.
- Envíe el formulario completado a su Administrador de beneficios o a Recursos Humanos (según lo indique su empleador) y guarde una copia para su archivo.

**Designación/cambio de beneficiario del seguro grupal**
**FECHA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**1. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (en letra de imprenta)**

Apellido	Nombre	IM	N.º de ID del empleado (si corresponde)	Estado civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	Sexo (Marque uno) <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	¿Se ha asignado este seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono de día	Teléfono particular	Fecha de nacimiento	Fecha de contratación	Fecha de jubilación (si corresponde)
Nombre del empleador/Tenedor de la póliza grupal	Póliza grupal N.º	A menos que se indique lo contrario debajo, este formulario de designación/cambio de beneficiario se aplica a TODAS las coberturas ofrecidas bajo el plan grupal de mi empleador. Este formulario se aplica solo a las coberturas <input type="checkbox"/> Seguro de vida básico <input type="checkbox"/> AD&D básico <input type="checkbox"/> Seguro de vida temporal opcional <input type="checkbox"/> AD&D opcional <input type="checkbox"/> Vida universal grupal (GUL) <input type="checkbox"/> Vida universal variable grupal (GVUL)						

**2. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS:** Por la presente revoco mi designación anterior de beneficiario(s) primario(s) y contingente(s), si los hubiera, y en caso de mi muerte designo a los siguientes::

**A. Beneficiarios primarios**

Descripción del beneficiario (marque uno):	Nombre	IM	Apellido	Dirección (incluir ciudad, estado y código postal)	Relación	Fecha de nacimiento	NSS/Número de ID fiscal	Teléfono	Parte %
<input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Fideicomiso <input type="checkbox"/> Corporación/Organización									
<input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Fideicomiso <input type="checkbox"/> Corporación/Organización									
<input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Fideicomiso <input type="checkbox"/> Corporación/Organización									
<input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Fideicomiso <input type="checkbox"/> Corporación/Organización									
<b>TOTAL: (debe ser igual a 100%)</b>									

**B. Beneficiarios contingentes**

Descripción del beneficiario (marque uno):	Nombre	IM	Apellido	Dirección (incluir ciudad, estado y código postal)	Relación	Fecha de nacimiento	NSS/Número de ID fiscal	Teléfono	Parte %
<input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Fideicomiso <input type="checkbox"/> Corporación/Organización									
<input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Fideicomiso <input type="checkbox"/> Corporación/Organización									
<input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Fideicomiso <input type="checkbox"/> Corporación/Organización									
<input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Fideicomiso <input type="checkbox"/> Corporación/Organización									
<b>TOTAL: (debe ser igual a 100%)</b>									

**3. DESIGNACIÓN DE FIDEICOMISO – COMPLETE ESTA SECCIÓN SI SE HA NOMBRADO UN FIDEICOMISO COMO BENEFICIARIO EN LA SECCIÓN 2**

Nombre del fideicomisario (Nombre, IM, Apellido)	Dirección (incluir ciudad, estado y código postal)

Y sucesor(es) en el fideicomiso, como fideicomisario(s) bajo \_\_\_\_\_ **firmado** \_\_\_\_\_ **Según enmiendas y celebrando entre mí y el mencionado fideicomisario**  
 Título del acuerdo Fecha del acuerdo

## Designación/cambio de beneficiario del seguro grupal

---

**4. AUTORIZACIÓN/FIRMA** Autorizo al administrador de mi plan a registrar y considerar a las personas/instituciones que he nombrado en este formulario como beneficiarios para recibir los beneficios bajo los planes de beneficios aplicables para empleados. Si he designado a un fideicomiso como beneficiario, entiendo que Prudential no asume ninguna obligación en cuanto a la validez o suficiencia de ningún acuerdo de fideicomiso ejecutado y no traslada su legalidad. Al pagarle a cualquier fideicomisario(s), Prudential tiene el derecho a suponer que el o los fideicomisario(s) están actuando en su capacidad fiduciaria hasta que Prudential haya recibido una notificación en contrario en su oficina de reclamaciones de seguros de vida grupales. Acepto que si Prudential efectúa algún pago al fideicomisario antes de haber recibido la notificación, Prudential no efectuará ningún pago más.

Firma del empleado X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**El empleado debe firmar y colocar la fecha en este formulario. La fecha de la firma debe ser la fecha real en que el empleado coloca su firma.**

Las coberturas grupales de vida son emitidas por The Prudential Insurance Company of America, una compañía de Nueva Jersey, 751 Broad Street, Newark, NJ 07102. El seguro de vida universal variable grupal es distribuido por Prudential Investment Management Services LLC, 655 Broad Street, 19TH Floor, Newark, NJ 07102., un agente/intermediario registrado y compañía de Prudential Financial. Consulte el cuadernillo-certificado, que forma parte del contrato grupal, para obtener todos los detalles del plan, incluidas las exclusiones, limitaciones y restricciones que correspondan. Las disposiciones del contrato pueden variar de un estado a otro. Series contractuales: 83500 (vida temporal), 89579 (vida universal variable grupal), 96945 (vida universal grupal).

© 2016 Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas.

Prudential, el logotipo de Prudential y el símbolo del peñón (the Rock) son marcas de servicio de Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas, registradas en muchas jurisdicciones de todo el mundo.