

## DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO PARA EMPLEADO ANTERIOR

Esta designación de beneficiarios es para el beneficio de muerte previo al retiro. Designe por su nombre a sus beneficiarios primarios y secundarios. No utilice categorías generales, como "hijos", "padres" o "sobrevivientes". Si el beneficiario es una organización, proporcione la razón social completa y la dirección. Si ningún beneficiario primario o secundario le sobrevive, su sucesor o pariente más cercano recibirá el pago de los beneficios del plan. Si no indicó porcentajes, los beneficios se repartirán equitativamente entre sus beneficiarios. Su beneficiario primario no puede ser el mismo que su beneficiario secundario.

**ESTE FORMULARIO NO ES VÁLIDO si no se completa sin enmiendas o tachaduras y ha sido notariado. No se aceptarán faxes ni copias. Su solicitud no será procesada hasta que el YMCA Retirement Fund (el "Fondo") reciba el formulario debidamente completado.**

### 1. SU INFORMACIÓN

Nombre	Segundo nombre	Apellido
Dirección particular	Calle	Ciudad
Teléfono particular	Correo electrónico	Número de Seguro Social

Estado      Código postal

-   -

*Designo a la(s) persona(s) y/o a la(s) entidad(es) indicadas a continuación como mi(s) beneficiario(s) primario(s) (y contingente(s)) para recibir los beneficios de mi(s) Plan(es) del Fondo y a través de este instrumento revoco a cualquier beneficiario que hubiere nombrado con anterioridad.*

### 2. Beneficiario(s) PRIMARIO(S) – La cantidad total del porcentaje deberá ser igual a 100%

En caso de su fallecimiento, los beneficiarios recibirán los beneficios que indicó. Si un beneficiario muere antes que usted, el derecho de sus herederos se dará por terminado. Para compensar la diferencia se aumentará el porcentaje para los beneficiarios primarios existentes, a menos que usted presente un nuevo formulario de nombramiento de beneficiario.

Nombre	Dirección	Vínculo	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Porcentaje
					_____ %
					+ _____ %
					+ _____ %
					+ _____ %
<b>=</b>					<b>100%</b>

### 3. Beneficiario(s) CONTINGENTE(S) – La cantidad total del porcentaje deberá ser igual a 100%

Los contingentes recibirán las cuotas designadas de su cuenta sólo si todos los beneficiarios primarios han fallecido antes que usted.

Nombre	Dirección	Vínculo	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Porcentaje
					_____ %
					+ _____ %
					+ _____ %
					+ _____ %
<b>=</b>					<b>100%</b>



#### 4. ESTADO CIVIL

El cónyuge tiene ciertos derechos según la ley y los Planes. Por favor informe de inmediato al Fondo sobre cualquier cambio en su estado civil. Si contrae matrimonio por primera o segunda vez o localiza a su cónyuge, deberá completar un nuevo formulario de nombramiento de beneficiario.

Su estado civil es (marque uno y siga las instrucciones):

- Soltero       Divorciado       Viudo (**pase a la Sección 6**)

*Si se divorció recientemente, deberá presentar al Fondo una copia de su decreto de divorcio, incluyendo su acuerdo de separación y acuerdo de liquidación de propiedades correspondiente a su(s) cuenta(s) del Fondo.*

- Casado con alguien de su mismo género (**pase a la Sección 6**)

*Por Ley Federal no necesita consentimiento de su cónyuge.*

- Casado con alguien del género opuesto (si desea designar menos del 100% de sus beneficios a su cónyuge, su cónyuge deberá completar la Sección 5, en presencia de un notario público. **\*Todos deberán completar la Sección 6**)

- Casado pero no puede localizar a su cónyuge (**pase a la Sección 6**)

*Marque aquí únicamente si usted ha buscado diligentemente por medios razonables a su cónyuge, pero no lo ha localizado.*

#### 5. CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE A RENUNCIAR A LA ANUALIDAD POR SOBREVIVENCIA

Yo, (nombre del cónyuge) \_\_\_\_\_ soy el(la) cónyuge de \_\_\_\_\_ quien participa en el Plan de Retiro y/o del Plan de Ahorros con Impuestos Diferidos. Por este medio doy fé de que he leído y entiendo la explicación de la Anualidad de Supervivencia Calificada Previa al Retiro (QPSA, siglas en inglés), de la página 3. Entiendo que el participante ha elegido renunciar a su derecho a QPSA, lo cual me proporcionaría una anualidad basada en la mitad de los saldos de la cuenta del participante después de su muerte. Acepto dicha renuncia y reconozco que de morir el participante antes que yo, no tendré derecho a recibir este beneficio y es posible que no reciba ningún beneficio del (los) plan(es). No estoy obligado(a) a firmar este formulario y lo firmo en forma voluntaria.

**FIRMA DEL CÓNYUGE** \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(mes/día/año)

**SELLO DEL NOTARIO:**

**NOTARIO PÚBLICO COMO TESTIGO:**

Suscrito y jurado ante mí, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

**FIRMA DEL NOTARIO** \_\_\_\_\_

Del Estado de \_\_\_\_\_

Mi comisión expira el \_\_\_\_\_

#### 6. FIRMA Y NOTARIZACIÓN (esta sección es obligatoria para todos)

Esta sección deberá firmarse ante la presencia de un notario público.

Entiendo que puedo cambiar los beneficiarios mediante aviso apropiado al Fondo y que mantener actualizado el nombramiento de mis beneficiarios es mi total responsabilidad. Leí y entiendo la Explicación de la Anualidad de Superviviente Calificada Previa al Retiro en la página 3. Certifico que, a mi leal saber y entender, toda la información anterior es verídica.

**FIRMA DEL PARTICIPANTE** \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SELLO NOTARIAL:**

**NOTARIO PÚBLICO COMO TESTIGO:**

Firmado y juramentado ante mí este día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_

**FIRMA DEL NOTARIO** \_\_\_\_\_

Estado de \_\_\_\_\_

Mi comisión expira el día \_\_\_\_\_

### **Explicación de la Anualidad de Sobreviviente Calificado Previa al Retiro**

Si usted está casado y muere antes de empezar a recibir los beneficios de retiro, una Anualidad para Sobreviviente Calificado Previa al Retiro ("QPSA", siglas en inglés) le corresponderá a su cónyuge sobreviviente, a menos que usted elija renunciar a la QPSA. El beneficio de QPSA es una anualidad durante la vida de su cónyuge, basado en la mitad de los saldos de su cuenta a la fecha de su muerte. Usted puede elegir renunciar a QPSA, únicamente si su cónyuge da su consentimiento por escrito de esa elección ante un notario público. El derecho de su cónyuge al beneficio de QPSA no puede eliminarse, a menos que su cónyuge dé su consentimiento a renunciar a tal beneficio. Si su cónyuge está de acuerdo, usted puede elegir que todos o parte de sus beneficios le sean pagados a alguien más. Usted puede, si así lo desea, renunciar a la elección anterior y hacer una nueva elección. Si el saldo de su cuenta es de \$5,000 o menos al momento de su muerte, su cónyuge sobreviviente recibirá un solo pago total, aún si usted no renuncia a QPSA.

Usted puede renunciar al beneficio de QPSA con el consentimiento de su cónyuge, a partir del primer día en que usted se convierte en Participante del Plan. Sin embargo, si usted renuncia mientras aún es empleado de YMCA y tiene menos de 35 años de edad, la renuncia no tendrá validez el primer día del Plan en el cual usted cumpla los 35 años de edad.

Si usted no está casado al momento de su muerte, su(s) beneficiario(s) designados, tendrán derecho a recibir todos sus beneficios.