

Designación de Beneficiarios

USW Industry 401(k) Plan

Número de Plan: 60005

Nombre Completo (*nombre, segundo nombre, apellido*): _____

Dirección de Correo Electrónico: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
mes día año

Dirección: _____ Fecha de Contratación: ____/____/____
mes día año

No. de Seguro Social: ____-____-____ No. de Teléfono: _____

Estado Civil: Casado Soltero

Nombre del Empleador: _____

IMPORTANTE: Si no existe una designación de beneficiario válida en los registros o si la designación no puede determinarse de otro modo, el fiduciario del plan determinará a un beneficiario conforme a los documentos del plan y la ley aplicable. Esta designación sustituye a cualquier designación anterior.

Beneficiario Primario: (Marcar casilla 1 ó 2)

1. **Beneficiario Primario Cónyuge:** Designo a mi cónyuge para que reciba la totalidad del saldo de mi cuenta a mi fallecimiento.

Nombre del Cónyuge: _____

No. de Seguro Social del Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

2. **Beneficiarios Primarios No Cónyuges o Múltiples:** Designo a la siguiente persona(s) para que reciba el saldo de mi cuenta a mi fallecimiento: (Escriba los porcentajes en números enteros que sumen 100%.)

Nombre	Parentesco	No. de Seguro Social	Porcentaje
--------	------------	----------------------	------------

Dirección	Teléfono	Dirección de correo electrónico
-----------	----------	---------------------------------

Nombre	Parentesco	No. de Seguro Social	Porcentaje
--------	------------	----------------------	------------

Dirección	Teléfono	Dirección de correo electrónico
-----------	----------	---------------------------------

Nombre	Parentesco	No. de Seguro Social	Porcentaje
--------	------------	----------------------	------------

Dirección	Teléfono	Dirección de correo electrónico
-----------	----------	---------------------------------

Nombre	Parentesco	No. de Seguro Social	Porcentaje
--------	------------	----------------------	------------

Dirección	Teléfono	Dirección de correo electrónico
-----------	----------	---------------------------------

Si está casado y no ha elegido a su cónyuge como beneficiario primario, haga firmar a su cónyuge el consentimiento que aparece al reverso de este formulario.

Nota: El monto pagadero a un beneficiario primario que fallezca antes que el participante se dividirá entre los beneficiarios primarios vivos sobre la base de su asignación prorrateada.

Enviar por correo a: Empower, PO Box 219062, Kansas City, MO 64121-9062

Complete el dorso. ►

Designación de Beneficiarios

USW Industry 401(k) Plan

Número de Plan: 60005

Beneficiario Secundario (opcional): Si ninguno de los Beneficiarios Primarios indicados arriba vive a mi fallecimiento, designo a la siguiente persona(s) para que reciba el saldo de mi cuenta a mi fallecimiento: (Escriba los porcentajes en números enteros que sumen 100%.)

Nombre	Parentesco	No. de Seguro Social	Porcentaje
Dirección	Teléfono	Dirección de correo electrónico	
Nombre	Parentesco	No. de Seguro Social	Porcentaje
Dirección	Teléfono	Dirección de correo electrónico	
Nombre	Parentesco	No. de Seguro Social	Porcentaje
Dirección	Teléfono	Dirección de correo electrónico	
Nombre	Parentesco	No. de Seguro Social	Porcentaje
Dirección	Teléfono	Dirección de correo electrónico	

Nota: El monto pagadero a un beneficiario primario que fallezca antes que el participante se dividirá entre los beneficiarios primarios vivos sobre la base de su asignación prorrateada.

Consentimiento del Cónyuge: Entiendo que tengo el derecho legal a un beneficio por fallecimiento equivalente al saldo total de la cuenta del participante. Accedo a renunciar a ese derecho legal de acuerdo con la designación de beneficiarios expuesta arriba. Además entiendo y reconozco que si firmo este formulario, no recibiré ningún beneficio por fallecimiento, salvo que se me haya designado como único beneficiario primario.

Firma del Cónyuge _____ Fecha _____

Firma del Notario Público _____ Fecha _____ Fecha en que la Comisión Vence _____

Firma

Por el presente, certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta y que mi cónyuge deberá prestar consentimiento a cualquier cambio futuro. Entiendo que esta designación de beneficiarios sustituye a cualquier designación anterior.

Participante _____ Fecha _____

Enviar por correo a: Empower, PO Box 219062, Kansas City, MO 64121-9062

Effective on December 31, 2020, Empower Retirement (Empower) acquired the Massachusetts Mutual Life Insurance Company's (MassMutual) retirement business. Through this transaction, business written by MassMutual is reinsured by Great-West Life & Annuity Insurance Company (GWLA) and in New York by Great-West Life & Annuity Insurance Company of New York. Concurrently, MassMutual retroceded business it reinsures from a cedent, which MassMutual assumed in a previous transaction. Empower administers the business on MassMutual's behalf, with certain administrative services being performed by MassMutual and its affiliates during a temporary transition period.

GWFS Equities, Inc., is the distributor of the MassMutual insurance products sold on Empower's platform. Empower Retirement refers to the products and services offered by GWLA and its subsidiaries. GWFS Equities is a subsidiary of GWLA and an affiliate of Empower Retirement, LLC; Great-West Funds, Inc.; and registered investment advisers Advised Assets Group, LLC and Personal Capital. Empower is not affiliated with MassMutual or its affiliates.