



**Formulario de Designación de Beneficiarios**

**NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO:** \_\_\_\_\_

(favor de seleccionar todo que aplique):

- Plan de anualidades de Hospital Ryder Memorial, incluye contribución de transferencia (RCA) si participa
- Cuenta de ahorros para el retiro (RSA)
- Beneficio de pago garantizado 120 (solo para personas con opción de 10 años)

**INFORMACION PERSONAL**

Numero de Seguro Social (SSN): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género:  M  F

Título:  Rvdo./Rvda.  Dr./Dra.  Sr.  Sra.  Srta.

Nombre (último, primero, inicial del segundo nombre): \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono: móvil: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PERSONAL DEL BENEFICIARIO**

**Beneficiario(s) principal (es):**

Por la presente designo a los siguientes beneficiarios principales. Si se designa más de uno, cada Beneficiario Principal sobreviviente recibirá el porcentaje de participación indicado. La proporción total de designaciones debe sumar el 100%.

Tenga en cuenta que si designa a un menor como beneficiario, debe tener un tutor designado por el tribunal de sucesiones para recibir y administrar los beneficios para de menor. No escriba el nombre del tutor en este formulario.

Nombre del beneficiario principal (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):

\_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social (SSN): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Género:  M  F Relación: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Porcentaje: \_\_\_\_\_%  Anualidad  RSA  G120

Nombre del beneficiario principal (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):

\_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social (SSN): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Género: [ ] M [ ] F Relación: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Porcentaje: \_\_\_\_\_% [ ] Anualidad [ ] RSA [ ] G120

[ ] Beneficiario(s) primario (s) adicional (es): marque si corresponde, y anote la información en una hoja separada y adjúntela a este formulario.

---

**Beneficiario (s) Secundario (s):**

Por la presente designo a los siguientes beneficiarios secundarios. Los beneficiarios secundarios solo tienen derecho a los beneficios cuando todos los beneficiarios principales fallecen cuando los beneficios son pagaderos. Si se designa más de uno, cada Beneficiario Secundario sobreviviente compartirá la proporción indicada.

Nombre del beneficiario secundario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):

\_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social (SSN): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Género: [ ] M [ ] F Relación: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Porcentaje: \_\_\_\_\_% [ ] Anualidad [ ] RSA [ ] G120

Nombre del beneficiario secundario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):

\_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social (SSN): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Género: [ ] M [ ] F Relación: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Porcentaje: \_\_\_\_\_% [ ] Anualidad [ ] RSA [ ] G120

[ ] Beneficiario (s) secundario (s) adicional (es): marque si corresponde y anote la información en una hoja separada y adjúntela a este formulario.

**CONSENTIMIENTO CONYUGAL**

Se requiere el consentimiento del cónyuge si el solicitante está casado y no ha designado a su cónyuge como único beneficiario. Tenga en cuenta que también se requiere un notario si el cónyuge está firmando.

Consentimiento del cónyuge:

[ ] Por la presente doy mi consentimiento a los beneficiarios mencionados anteriormente designados por mi cónyuge

Firma del cónyuge \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

**NOTARIO**

Solo se requiere notario si el cónyuge está firmando el formulario.

Firma del notario \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Sello del notario:

FIRMA

Firma del miembro \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Envíe este formulario firmado y completado por correo electrónico a: [info@pbucc.org](mailto:info@pbucc.org); por fax: 212.729.2701; o correo a: Pension Boards-UCC, 475 Riverside Drive, Suite 1020, New York, NY 10115.