



Designación de beneficiario del seguro de vida a término grupal (Group Term Life)

PROPÓSITO

La designación de un beneficiario(s) del seguro de vida a término grupal (Group Term Life). Esta designación de beneficiario(s) no afecta al beneficiario de su jubilación. Si quiere que el beneficiario de su cuenta de jubilación también reciba los beneficios del seguro de vida a término grupal, no rellene este formulario. Usted puede tener beneficiarios diferentes para este beneficio y para su cuenta de jubilación.

INSTRUCCIONES

1. Rellene la sección SU INFORMACIÓN.
2. Designe a sus beneficiarios primarios y alternativos en este formulario.
3. Firme y escriba la fecha al final del formulario.
4. Si quiere designar a más de dos beneficiarios primarios o alternativos, incluya el formulario *Anexo para beneficiarios adicionales* (TCDRS-95S).
5. Envíelo por fax al (512) 328-8887 o por correo a: **TCDRS**, Attn: Member Benefits, Barton Oaks Plaza IV, Ste. 500, 901 S. MoPac Expy., Austin, TX 78746

REFERENCIA

El folleto del seguro de vida a término grupal.

INFORMACIÓN ADICIONAL

A menos que nos indique otra cosa en este formulario, sus beneficios se pagarán de partes iguales a los beneficiarios primarios sobrevivientes, o de partes iguales a los beneficiarios alternativos sobrevivientes si no hay beneficiarios primarios sobrevivientes. **Si desea especificar una división especial entre sus beneficiarios múltiples, deberá indicarla como un porcentaje y no como una cantidad en dólares.**

Si usted rellena este formulario y luego envía un nuevo formulario de *Designación de beneficiario* (TCDRS-06S) para su cuenta de jubilación, TCDRS no cambiará su beneficiario del seguro de vida a término grupal. Una vez que haya designado a un beneficiario utilizando este formulario, deberá enviar un nuevo formulario de *Designación de beneficiario del seguro de vida a término grupal* (TCDRS-51S) para cambiar su beneficiario.

AVISO DEL SEGURO SOCIAL

El Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS) y las leyes de Texas requieren que tengamos un número de seguro social para cada cuenta de TCDRS. Los pagos de su cuenta, mediante el cierre de la cuenta o pagos de pensión, se reportan al IRS. Su número de seguro social también se usa para verificar su identidad cuando haga cambios o solicite información acerca de su cuenta.

RESTRICCIÓN SOBRE EL PODER LEGAL

Una persona que rellene este formulario en representación de otra, ya sea como apoderado (con poder legal duradero) o como custodio, no puede designarse a sí mismo como beneficiario primario o alternativo.

CÓMO COMUNICARSE CON TCDRS

Si tiene alguna pregunta llame al Departamento de Servicio a los Miembros al 800-823-7782.



Designación de beneficiario del seguro de vida a término grupal (Group Term Life)

SU INFORMACIÓN

NOMBRE DEL EMPLEADOR*		NÚMERO DE CUENTA	
N.º SEGURO SOCIAL*	NOMBRE*	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO*
DIRECCIÓN POSTAL*	CIUDAD*	ESTADO*	CÓDIGO POSTAL*
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)*	TELÉFONO (CASA)	TELÉFONO (CELULAR)	

BENEFICIARIO PRIMARIO

Un beneficiario primario es la primera persona que recibe su beneficio cuando usted fallece.

N.º SEGURO SOCIAL*	NOMBRE*	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO*
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)*	SEXO*	RELACIÓN CON USTED*	
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
N.º SEGURO SOCIAL*	NOMBRE*	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO*
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)*	SEXO*	RELACIÓN CON USTED*	
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		

BENEFICIARIO ALTERNATIVO (OPCIONAL)

Un beneficiario alternativo recibe su beneficio solamente si su beneficiario primario no es elegible.

N.º SEGURO SOCIAL*	NOMBRE*	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO*
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)*	SEXO*	RELACIÓN CON USTED*	
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
N.º SEGURO SOCIAL*	NOMBRE*	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO*
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)*	SEXO*	RELACIÓN CON USTED*	
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		

Para agregar más beneficiarios o designar a un custodio para un menor de edad, utilice el formulario TCDRS-95S (www.TCDRS.org).

SU CERTIFICACIÓN

Sólo para esta cuenta, revoco todas las designaciones anteriores de beneficiario(s) y solicito que cualquier beneficio del seguro de vida a término grupal debido después de mi fallecimiento se pague al (a los) beneficiario(s) designado(s) en este formulario. Si un beneficiario fallece antes que yo, o si me divorcio de un beneficiario designado, entonces se revoca esa designación. Los pagos se harán de forma equitativa a menos que yo haya dispuesto la asignación de un porcentaje específico (no una cantidad en dólares) en este formulario.

Firma*	Fecha (MM/DD/AAAA)*
X	

* CAMPOS OBLIGATORIOS

Usted debe verificar con sus iniciales cualquier corrección o texto borrado.