



# Anexo para beneficiarios adicionales

## PROPÓSITO

Este formulario se debe usar **solo en conjunto con** uno de los siguientes formularios de designación de beneficiarios de TCDRS:

- Designación de beneficiario (TCDRS-06S)
- Elección de opciones de pago de jubilación (TCDRS-23S)
- Designación de beneficiarios por parte del jubilado (TCDRS-85S)
- Designación de beneficiarios del seguro de vida a término grupal (Group Term Life) (TCDRS-51S)

Este formulario solo se acepta como anexo para designar a más beneficiarios primarios y/o alternativos de los que el espacio permite listar en uno de los formularios anteriores o bien para designar a un custodio.

## REFERENCIA

Folleto de TCDRS titulado *Designación de beneficiario* (TCDRS-06S).

## INSTRUCCIONES

1. Rellene la sección SU INFORMACIÓN.
2. Designe a sus beneficiarios adicionales en este formulario.
3. Firme e indique la fecha en la parte inferior del formulario.
4. Este formulario debe ir acompañado de uno de los formularios de designación de beneficiarios enumerados más arriba y debe enviarse por fax a (512) 328-8887 o por correo a:

**TCDRS** Atención: Member Services, Barton Oaks Plaza IV, Ste. 500, 901 S. MoPac Expy., Austin, TX 78746

## 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 otra división entre sus beneficiarios múltiples, deberá indicarla como porcentaje y no como una cantidad en dólares.**

## RESTRICCIÓN DEL PODER LEGAL

Una persona que rellena 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.

## 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.

## CÓMO COMUNICARSE CON TCDRS

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



# Anexo para beneficiarios adicionales

## SU INFORMACIÓN

N.º SEGURO SOCIAL*	NOMBRE*	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO*
--------------------	---------	----------------	-----------

## 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		

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		

### Custodio conforme a Texas Uniform Transfers to Minors Act (Ley Uniforme de Transferencias a Menores)

A ser nombrado para los beneficiarios primarios mencionados arriba que sean menores de 18 años a mi fallecimiento.

N.º SEGURO SOCIAL	NOMBRE DE CUSTODIO (Debe tener por lo menos 21 años de edad)	RELACIÓN CON USTED	TELÉFONO (CASA)	TELÉFONO (CELULAR)
-------------------	--	--------------------	-----------------	--------------------

## BENEFICIARIO ALTERNATIVO (OPCIONAL)

Un beneficiario alternativo solamente recibe su beneficio 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		

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		

### Custodio conforme a Texas Uniform Transfers to Minors Act (Ley Uniforme de Transferencias a Menores)

A ser nombrado para los beneficiarios primarios mencionados arriba que sean menores de 18 años a mi fallecimiento.

N.º SEGURO SOCIAL	NOMBRE DE CUSTODIO (Debe tener por lo menos 21 años de edad)	RELACIÓN CON USTED	TELÉFONO (CASA)	TELÉFONO (CELULAR)
-------------------	--	--------------------	-----------------	--------------------

## SU CERTIFICACIÓN

Al firmar este formulario, certifico que he leído las instrucciones para rellenarlo. Los pagos se realizarán en partes iguales a menos que yo indique porcentajes específicos (y 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.**