



DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS ACUERDO VOLUNTARIO

Seguro Social: XXX-XX- _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(mes/día/año)

Dirección Física: _____

Dirección Postal: _____

Por la presente designo a las personas abajo enumeradas para que, en caso de muerte, le sean entregados mis beneficios de acuerdo con las disposiciones que se estipulan en el Reglamento del Plan de Pensiones Ministerial, Inc.

Nombre del Beneficiario	Dirección Postal	Parentesco	% del Beneficio
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Dispongo que, si alguno de los beneficiarios designados en este formulario no me sobreviviera y no hubiere yo designado otros beneficiarios, los beneficios por muerte, se entregarán a mis herederos de acuerdo con las leyes del Estado.

Comentarios:

Firma del Participante

Fecha (mes/día/año)