



NOMBRAMIENTO DE BENEFICIARIOS

■ **Importante** – La designación de beneficiario en este formulario substituye todas las designaciones anteriores. Lea las instrucciones en la página 3. Si necesita nombrar más beneficiarios que los permitidos en cada categoría, por favor use la página de Beneficiarios Adicionales. No use cualquier página o escriba al reverso de este formulario. La página para nombrar Beneficiarios Adicionales debe ser anexada para que este formulario sea considerado valido.

☐ Marque esta caja si incluyó una página de Beneficiarios Adicionales.

■ **Contáctenos** – Llame gratis al: 1-888-275-5737 • teléfono: 785-296-6166 • fax: 785-296-6638

correo electrónico: kpers@kpers.gov • página: kpers.gov • dirección: 611 S. Kansas Ave., Suite 100, Topeka, KS 66603

■ Part A – Información Personal

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Número de seguro social: _____ | 2. Nombre y Apellido: _____ |
| 3. Número de teléfono: _____ | 4. Dirección: _____ |
| 5. Empresa: _____ | Ciudad, Estado, Código postal: _____ |

■ **Parte B – Beneficiario principal de los beneficios de jubilación de KPERS** – Incluye la devolución de las contribuciones y los intereses acumulados. Cada beneficiario compartirá los beneficios igualmente. *Usted debe nombrar un beneficiario en esta sección.*

Nombre: _____	Número de seguro social: _____
<input type="checkbox"/> Persona (vínculo familiar): _____ <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Número de seguro social: _____
<input type="checkbox"/> Persona (vínculo familiar): _____ <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Número de seguro social: _____
<input type="checkbox"/> Persona (vínculo familiar): _____ <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Número de seguro social: _____
<input type="checkbox"/> Persona (vínculo familiar): _____ <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Número de seguro social: _____
<input type="checkbox"/> Persona (vínculo familiar): _____ <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario	Fecha de nacimiento: _____

■ **Parte C – Beneficiario secundario de los beneficios de jubilación de KPERS** – Incluye la devolución de las contribuciones y los intereses acumulados. Cada beneficiario compartirá los beneficios igualmente si su(s) beneficiario(s) primario(s) no está(n) vivo(s).

Nombre: _____	Número de seguro social: _____
<input type="checkbox"/> Persona (vínculo familiar): _____ <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Número de seguro social: _____
<input type="checkbox"/> Persona (vínculo familiar): _____ <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Número de seguro social: _____
<input type="checkbox"/> Persona (vínculo familiar): _____ <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Número de seguro social: _____
<input type="checkbox"/> Persona (vínculo familiar): _____ <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Número de seguro social: _____
<input type="checkbox"/> Persona (vínculo familiar): _____ <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario	Fecha de nacimiento: _____

Nombre y Apellido: _____ Número de seguro social: _____

■ **Parte D – Beneficiario primario del Seguro de vida (Sólo para miembros activos)** – Complete esta sección si usted quiere que un beneficiario diferente reciba su seguro de vida básico y opcional. Cada beneficiario compartirá los beneficios igualmente. Si usted no quiere nombrar un beneficiario diferente, no complete esta sección y continúe con la Parte F.

Nombre: _____	Número de seguro social: _____
<input type="checkbox"/> Persona (vínculo familiar): _____	<input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario
Fecha de nacimiento: _____	
Nombre: _____	Número de seguro social: _____
<input type="checkbox"/> Persona (vínculo familiar): _____	<input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario
Fecha de nacimiento: _____	
Nombre: _____	Número de seguro social: _____
<input type="checkbox"/> Persona (vínculo familiar): _____	<input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario
Fecha de nacimiento: _____	
Nombre: _____	Número de seguro social: _____
<input type="checkbox"/> Persona (vínculo familiar): _____	<input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario
Fecha de nacimiento: _____	

■ **Parte E – Beneficiario secundario del Seguro de vida (Sólo para miembros activos)** – Para el seguro de vida básico y opcional. Cada beneficiario compartirá los beneficios igualmente si su(s) beneficiario(s) primario(s) no está(n) vivo(s).

Nombre: _____	Número de seguro social: _____
<input type="checkbox"/> Persona (vínculo familiar): _____	<input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario
Fecha de nacimiento: _____	
Nombre: _____	Número de seguro social: _____
<input type="checkbox"/> Persona (vínculo familiar): _____	<input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario
Fecha de nacimiento: _____	
Nombre: _____	Número de seguro social: _____
<input type="checkbox"/> Persona (vínculo familiar): _____	<input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario
Fecha de nacimiento: _____	
Nombre: _____	Número de seguro social: _____
<input type="checkbox"/> Persona (vínculo familiar): _____	<input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario
Fecha de nacimiento: _____	

■ **Parte F –Firma del miembro**– Usted es la única persona con el poder para nombrar sus beneficiarios. Esos individuos autorizados legalmente para ejecutar su voluntad no pueden firmar y suministrar un cambio de beneficiario. La firma del miembro debe ser atestiguada por una persona desinteresada en los beneficios. Cualquier persona nombrada como beneficiario no puede actuar como testigo de su firma. *Se requiere la firma de dos testigos si el miembro sólo puede firmar con “X.”

Firma del miembro: _____	Día/Mes/Año: ____/____/____
Firma del testigo: _____	Día/Mes/Año: ____/____/____
*Firma del testigo: _____	Día/Mes/Año: ____/____/____

■ ¿Quién puede ser nombrado como beneficiario?

Usted puede nombrar a:

- una persona
- un fondo fiduciario
- su herencia
- Cualquier combinación de estas opciones.

Una institución eclesiástica o cualquier otra organización de caridad social no pueden ser nombradas como beneficiarios.

Si selecciona a más de un beneficiario primario, cada uno compartirá los beneficios igualmente. Pueden nombrar beneficiarios diferentes para que reciban por separado el beneficio de jubilación y el seguro de vida. Como miembro de KPERS, usted es la única persona con el poder para cambiar sus beneficiarios. Esos individuos legalmente autorizados para ejecutar la voluntad del miembro no tienen el poder para firmar el nombramiento de beneficiarios. Se requiere que nombre a un beneficiario primario cada vez que complete y suministre una planilla nueva. Se recomienda que nombre a un beneficiario secundario en caso de que el beneficiario primario muera antes de recibir el beneficio. La Junta de Directores de KPERS únicamente reconoce los nombramientos recibidos en la oficina del Sistema de Jubilación antes de la fecha de su propia defunción.

Importante: Usted debe nombrar el beneficiario primario de sus beneficios de pensión en la Parte B. Si la muerte de sus beneficiarios primarios y secundarios precede la suya, sus beneficios de pensión serán pagados de acuerdo con la línea de descendencia en K.S.A. 74-4902(7).

■ Lo que recibe su beneficiario

El beneficiario primario de sus beneficios de pensión recibirá sus ahorros y el interés acumulado. Si su cónyuge es el único beneficiario primario nombrado en la parte B, existe la posibilidad de que éste pueda ser pensionado en lugar del miembro. (Refiérase al Beneficio del cónyuge sobreviviente). Su cónyuge recibirá el pago de su seguro de vida básico u opcional a menos que haya nombrado a un beneficiario diferente en la parte D y E de este formulario.

■ Beneficio del cónyuge sobreviviente (Si su cónyuge es la única persona nombrada como beneficiario primario en la parte B de este formulario)

Si usted muere antes de jubilarse, su cónyuge tendrá la opción de recibir una mensualidad parcial por el resto de su vida, en lugar de aceptar la devolución del dinero acumulado en su cuenta. Para proteger este beneficio, nombre a su cónyuge como el ÚNICO beneficiario primario en la parte B de este formulario.

Situación #1: Si al momento de morir, el miembro tiene la edad y los años de servicio requeridos para jubilarse, el cónyuge debe suministrar el formulario para recibir la pensión.

Situación #2: Si al momento de morir, el miembro tiene por lo menos 10 años de servicio pero es menor de 55 años de edad, el cónyuge puede esperar hasta que el miembro hubiera cumplido 55 años de edad para suministrar la Solicitud de Jubilación. Este beneficio de pensión excluye los beneficiarios nombrados en la parte D y E de este formulario

■ Nombramiento de un fondo de fideicomiso o de su herencia.

Si usted nombra a un fondo de fideicomiso, provea el nombre del fondo, por ejemplo, escriba “fondo de fideicomiso de (seguido por su nombre propio y el número del fondo).” Si usted nombra a su herencia, escriba “herencia de (seguido por su nombre propio)” o “Mi herencia.” Usted puede nombrar otros beneficiarios primarios o secundarios además de su herencia o fondo de fideicomiso. Los beneficiarios comparten el beneficio igualmente.

■ Nombramiento de beneficiarios adicionales

Si necesita nombrar más beneficiarios adicionales de los permitidos en el espacio proveído, por favor use la página titulada “Beneficiarios adicionales de jubilación o de seguro de vida.” Para ser válida, esta página debe estar anexada al formulario Nombramiento de Beneficiarios. Puede imprimir una copia de esta página en kspers.gov, o pedirle una a su agente designado.

■ Miembros inactivos

Su beneficiario recibirá el monto total de sus ahorros y el interés acumulado. Su esposo también tendrá la opción de recibirlos o de iniciar el trámite para recibir el beneficio de sobreviviente, en caso de que el miembro difunto cumpla con los criterios de jubilación requeridos. Los miembros inactivos no tienen seguro de vida, por lo tanto no necesitan nombrar a un beneficiario en la Parte D o en la Parte E.

■ Participación en más de un sistema de pensión (KPERS, KP&F, Jueces, Junta de Regentes)

Si además de KPERS, usted es miembro de otro plan de jubilación administrado por KPERS (KPERS, KP&F, Jueces), este formulario será considerado su designación oficial en todos los planes donde participe. Si usted es miembro de la Junta de Regentes y tiene años de servicio con KPERS, su nombramiento de beneficiarios con KPERS no tiene ningún efecto sobre sus beneficios con el Sistema de la Junta de Regentes.

Para obtener información adicional sobre la designación de un beneficiario, visite www.kpers.org o refiérase a su guía de afiliación.