

Siga los siguientes pasos para nombrar a sus beneficiarios: 1) Complete la sección de Información Personal. 2) Seleccione una de las elecciones de beneficiario (Elección A, Elección B o Elección C). Vea la Página 3 para más instrucciones detalladas y ejemplos. 3) Nombre a sus beneficiarios en la Página 2. 4) Firme el formulario en la parte inferior de la Página 2. 5) Devuelva el formulario de beneficiario a Principal Life Insurance Company y guarde una copia para sus archivos.

Número de identificación del contrato/plan 5-23501

CTD01304

Nota: use este formulario únicamente si el plan no permite Anualidades de Vida o un plan Gubernamental 457.

Información personal *(por favor escriba con tinta negra)*

Apellido	Nombre	(Inicial del Segundo Nombre)	Número del Seguro Social
_____	_____	_____	_____ - _____ - _____
Dirección	Número de teléfono		
_____	_____ (____) _____		
Ciudad	Estado	Código postal	Email
_____	_____	_____	_____
Compañía			

Mis Elecciones de Beneficiarios *(elijá uno)*

Elección A: Participante Soltero *(incluye viudo, divorciado o separado legalmente)*

No estoy casado y designo a los individuos nombrados en la Página 2 de este formulario para que reciban los beneficios por fallecimiento del plan. Entiendo que si me caso, esta designación es nula un año después de contraer matrimonio (algunos planes especifican un periodo mas corto).

Nota: si cambia su beneficiario debido a una separación legal o divorcio, debe adjuntar una copia de la sentencia judicial.

Elección B: Casado con el Cónyuge Beneficiario Único *(la firma del cónyuge no es obligatoria)*

Estoy casado y designo a mi cónyuge nombrado en la Página 2 de este formulario para que reciba los beneficios por fallecimiento del plan/contrato.

Elección C: Casado sin el Cónyuge como Beneficiario Único *[La firma del cónyuge es OBLIGATORIA:*

revise el consentimiento de Anualidad de Sobreviviente Calificado Antes de la Jubilación (QPSA, por sus siglas en inglés) al final de este formulario.]

Al marcar esta casilla, doy mi consentimiento únicamente a la designación de beneficiario de este formulario. Mi cónyuge no puede cambiar al beneficiario sin mi consentimiento.

Firma del Cónyuge (debe ser supervisada por un representante del plan o un notario)

Fecha

X _____

_____/_____/_____

El cónyuge apareció ante mí y firmó este consentimiento el:

Firma del Representante del Plan o Notario

Fecha

_____/_____/_____

X _____

_____/_____/_____

(Marcar si aplica) Certifico que mi cónyuge no puede ser localizado para firmar este consentimiento. Notificaré al patrocinador del plan si mi cónyuge es localizado. *Nota: si su cónyuge no puede ser localizado, marque esta casilla en presencia del representante del plan. El representante del plan debe mostrar su satisfacción con el hecho de que su cónyuge no puede ser localizado.*

Certifico que no se puede obtener el consentimiento del cónyuge porque el cónyuge no se puede localizar.

Firma del Representante del Plan

Fecha

X _____

_____/_____/_____

Nombramiento de Mis Beneficiarios

Antes de completar, por favor lea las instrucciones, ejemplos y la notificación de Anualidad de Sobreviviente Calificado Antes de la Jubilación en este formulario. Puede nombrar a uno o más beneficiarios primarios y/o contingentes. Si necesita más espacio para nombrar beneficiarios, adjunte una lista por separado con su firma y la fecha. Nota: a menos que se provea de otra forma, si se nombran a dos o más beneficiarios, los beneficios serán pagados a los beneficiarios nombrados o al sobreviviente o sobrevivientes a partes iguales.

Nombre (<i>beneficiarios primarios</i>)	Fecha de Nacimiento	Relación	Número de Seguro Social	Porcentaje
_____	____/____/____	_____	____-____-____	_____
Dirección	_____	Ciudad	Estado	Código postal
_____	_____	_____	_____	_____

Si los beneficiarios primarios no están vivos, pague los beneficios por fallecimiento a:

En la mayoría de los casos, sus beneficiarios contingentes recibirán únicamente un beneficio de fallecimiento si el beneficiario primario fallece antes que usted y el beneficio por fallecimiento no ha sido pagado por completo.

Nombre (<i>beneficiarios contingentes</i>)	Fecha de Nacimiento	Relación	Número de Seguro Social	Porcentaje
_____	____/____/____	_____	____-____-____	_____
Dirección	_____	Ciudad	Estado	Código postal
_____	_____	_____	_____	_____

Cambio de nombre

Cambiar mi nombre de:	Cambiar mi nombre a:	Fecha
_____	_____	____/____/____

Motivo: Matrimonio Divorcio: debe obtener una sentencia de divorcio
 Otro: provea el motivo: _____

Mi firma

Esta designación anula todas mis designaciones anteriores para el plan de jubilación.

Mi firma (obligatorio)

Fecha

X _____ / _____ / _____

BAJO PENALIZACIÓN DE PERJURIO, certifico con mi firma que toda la información provista en este formulario de designación de beneficiario es verdadera, correcta y completa.