

## INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Utilice este formulario para designar o realizar cambios en los beneficiarios de sus fondos por muerte del seguro grupal. La información en este formulario reemplazará cualquier designación anterior de beneficiarios. Puede nombrar a cualquier persona o entidad como su beneficiario y puede cambiar su beneficiario en cualquier momento completando un nuevo formulario de designación/cambio de beneficiarios del seguro grupal. Designaciones comunes incluyen personas, patrimonios, corporaciones/organizaciones y fideicomisos. **El pago se hará al beneficiario nombrado. Si no se designa ningún beneficiario, o el beneficiario nombrado fallece antes que el asegurado, la liquidación se hará de acuerdo con los términos del contrato grupal.**

### DEFINICIONES

Estas definiciones pueden resultarle útiles cuando complete el formulario:

**Beneficiarios primarios:** las personas o entidades que elija para recibir los fondos de su seguro de vida. Los pagos se harán en partes iguales, a menos que se especifique lo contrario. En el caso de que un beneficiario primario fallezca antes que el asegurado, los fondos se pagarán a los beneficiarios primarios restantes en partes iguales o se pagará todo al único beneficiario primario restante.

**Beneficiarios contingentes:** las personas o entidades que elija para recibir los fondos de su seguro de vida si los beneficiarios primarios mueren (o la entidad se disuelve) antes que usted. Los pagos se harán en partes iguales, a menos que se especifique lo contrario. En el caso de que un beneficiario contingente fallezca antes que el asegurado, los fondos se pagarán a los beneficiarios contingentes restantes en partes iguales o en su totalidad al beneficiario contingente restante, a menos que usted especifique lo contrario.

### INSTRUCCIONES PARA DESIGNAR UN BENEFICIARIO PRIMARIO O CONTINGENTE

#### 1. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

- Debe completar toda la información de esta sección.
- A menos que se indique lo contrario en la Sección 1, la información suministrada en el formulario se aplicará a TODAS las coberturas ofrecidas por el plan grupal de su empleador.
- A menos que se indique lo contrario en la Sección 2, la información suministrada en el formulario se aplicará a todas las coberturas de seguro de vida grupal, emitidas por The Prudential Insurance Company of America al titular del contrato grupal.

#### 2. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

- Puede nombrar a más de un beneficiario primario y más de un beneficiario contingente. Este formulario le permite nombrar hasta cuatro beneficiarios primarios y cuatro beneficiarios contingentes. Si necesita más espacio, adjunte una hoja de papel separada.
- Indique el porcentaje de participación designado a cada beneficiario primario. **El total entre todos los beneficiarios primarios debe ser del 100%.** Si no se especifica un porcentaje, los fondos se dividirán entre los nombrados en forma equitativa. El pago se hará al beneficiario nombrado. Si no se designa ningún beneficiario, o el beneficiario nombrado fallece antes que el asegurado, la liquidación se hará de acuerdo con los términos del contrato grupal. **Si designa porcentajes para los beneficiarios contingentes, la suma de todos los porcentajes debe ser igual a 100%.**
- Puede nombrar a una persona, corporación/organización, fideicomiso o patrimonio como beneficiario. Los siguientes ejemplos pueden ser útiles para designar beneficiarios:

**Persona:** "Mary A. Doe"

- Cada nombre debe figurar como primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido ("Mary A. Doe", no "Srta. M. Doe")
- Incluya la dirección, el número de teléfono, el número del Seguro Social, la relación con usted y la fecha de nacimiento de cada persona de la lista.
- Indique el porcentaje que se debe asignar a cada persona.

**Patrimonio:** "Patrimonio del asegurado"

- Seleccione "Otro" en la Descripción del beneficiario y escriba "Patrimonio" en el espacio en blanco proporcionado.
- Indique el porcentaje asignado al patrimonio del asegurado.

**Corporación/organización:** "Organización benéfica ABC"

- Seleccione "Corporación/organización" como descripción del beneficiario.
- Escriba el nombre legal de la corporación u organización en el espacio para el primer nombre del beneficiario.
- Incluya la dirección, ciudad y estado, número de teléfono y número de ID fiscal de operación de cada organización o corporación nombrada.
- Indique el porcentaje a asignar a la corporación u organización.

**Fideicomiso:** "El fideicomiso John Doe. Un fideicomiso es un acuerdo de fideicomiso fechado el 1/1/99, cuya fideicomisaria es Jane Smith".

- Elija "Fideicomiso" en la Descripción de beneficiario.
- Indique el porcentaje asignado al fideicomiso.
- Complete la Sección 3: Designación de fideicomiso.

#### 3. DESIGNACIÓN DE FIDEICOMISO

- Complete esta sección si nombró un fideicomiso como beneficiario primario o contingente en la Sección 2. Complete el nombre y la dirección de cada fideicomisario.
- Introduzca el título y la fecha del acuerdo de fideicomiso en el espacio proporcionado.

#### 4. AUTORIZACIÓN/FIRMA

- El empleado debe leer, firmar y fechar la autorización.
- Envíe el formulario completo a su Administrador de beneficios o a Recursos Humanos (como indique su empleador) y guarde una copia para usted.

**Designación/cambio de beneficiarios del seguro grupal**
**FECHA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**1. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (en letra imprenta)**

Apellido	Nombre	IM	N.º de ID del empleado (si corresponde)		Estado civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a		Sexo asignado al nacer (marque uno) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		¿Este seguro ha sido asignado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono de día	Teléfono particular	Fecha de nacimiento	Fecha de contratación	Fecha de jubilación (si corresponde)	
Nombre del empleador o del titular de la póliza grupal		N.º de la póliza grupal		A menos que se indique lo contrario a continuación, este formulario de designación/cambio de beneficiarios se aplica a TODAS las coberturas ofrecidas bajo el plan grupal de mi empleador. Seguro de Seguro de vida Este formulario se aplica solo a las coberturas de <input type="checkbox"/> vida básico <input type="checkbox"/> AD&D básico <input type="checkbox"/> temporal opcional <input type="checkbox"/> AD&D opcional <input type="checkbox"/> GUL <input type="checkbox"/> GVUL.					

**2. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS:** Por el presente, revoco cualquier designación anterior de beneficiarios primarios y contingentes, si la hubiere, y, en caso de mi muerte, designo los siguientes:

**A. Beneficiarios primarios**

Descripción del beneficiario (marque uno)	Nombre	IM	Apellido	Dirección (incluya la ciudad, el estado y el código postal)	Relación	Fecha de nacimiento	Número de SSN/ID fiscal	Teléfono	%
<input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Fideicomiso <input type="checkbox"/> Corporación/Organización									
<input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Fideicomiso <input type="checkbox"/> Corporación/Organización									
<input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Fideicomiso <input type="checkbox"/> Corporación/Organización									
<input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Fideicomiso <input type="checkbox"/> Corporación/Organización									
<b>TOTAL: (Debe ser igual a 100%)</b>									

**B. Beneficiarios contingentes**

Descripción del beneficiario (marque uno)	Nombre	IM	Apellido	Dirección (incluya la ciudad, el estado y el código postal)	Relación	Fecha de nacimiento	Número de SSN/ID fiscal	Teléfono	%
<input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Fideicomiso <input type="checkbox"/> Corporación/Organización									
<input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Fideicomiso <input type="checkbox"/> Corporación/Organización									
<input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Fideicomiso <input type="checkbox"/> Corporación/Organización									
<input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Fideicomiso <input type="checkbox"/> Corporación/Organización									
<b>TOTAL: (Debe ser igual a 100%)</b>									

**3. DESIGNACIÓN DE UN FIDEICOMISO - COMPLETE SI NOMBRÓ UN FIDEICOMISO COMO BENEFICIARIO EN LA SECCIÓN 2**

Nombre del fideicomisario (primero, IM, apellido)	Dirección (incluya la ciudad, el estado y el código postal)

**Y sucesores en el fideicomiso,**  
**como fideicomisarios bajo**

\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_ según enmienda y ejecutado por mí y dicho fideicomisario.

Título del acuerdo

Fecha del acuerdo

## Designación/cambio de beneficiarios del seguro grupal

---

**4. AUTORIZACIÓN/FIRMA** Autorizo al administrador de mi plan a registrar y considerar a las personas/instituciones mencionadas en este formulario como beneficiarios de los beneficios bajo los planes de beneficios correspondientes del empleado. Si designo un fideicomiso como beneficiario, entiendo que Prudential no asume ninguna obligación en cuanto a la validez o suficiencia de ningún acuerdo de fideicomiso ejecutado y no aprueba su legalidad. Al realizar pagos a algún fideicomisario, Prudential tiene el derecho de asumir que los fideicomisarios actúan en su capacidad fiduciaria hasta que Prudential reciba una notificación en contrario en su oficina de reclamaciones de seguro de vida. Acepto que, si Prudential realiza algún pago a los fideicomisarios antes de que se reciba la notificación, Prudential no volverá a realizar los pagos.

Firma del empleado  X  Fecha de la firma \_\_\_\_\_

El empleado debe firmar y fechar este formulario. La fecha de la firma debe ser la fecha en que el empleado en verdad firmó el documento.

## Advertencias sobre fraude

---

**Para los residentes de todos los estados y jurisdicciones excepto Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Delaware, el Distrito de Columbia, Florida, Idaho, Indiana, Kentucky, Luisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Minnesota, New Hampshire, Nueva Jersey, Nuevo México, Nueva York, Carolina del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pensilvania, Puerto Rico, Rhode Island, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington y Virginia Occidental; ADVERTENCIA:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, o que, a sabiendas de que él o ella está facilitando la perpetración de un fraude, proporcione información o datos incompletos, falsos, fraudulentos, falaces o engañosos cuando presente una solicitud de seguro o una reclamación de pago por una pérdida o beneficio, comete un acto fraudulento, es/puede ser culpable de un delito y se le puede procesar y castigar conforme a la ley del estado. Las penas pueden incluir multas, daños civiles y sanciones penales, incluido el encarcelamiento. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante ha proporcionado información falsa relacionada materialmente con una reclamación o si el solicitante oculta, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello.

**RESIDENTES DE ALABAMA:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago por una pérdida o beneficio falsa o fraudulenta o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito penal y puede estar sujeta a multas compensatorias o encarcelamiento o una combinación de las dos.

**RESIDENTES DE ALASKA:** Una persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, puede ser procesada conforme a la ley del estado.

**RESIDENTES DE ARIZONA:** Para su protección, las leyes de Arizona exigen que lo siguiente aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago por una pérdida falsa o fraudulenta, está sujeta a sanciones penales y civiles.

**RESIDENTES DE ARKANSAS, EL DISTRITO DE COLUMBIA, LUISIANA, MASSACHUSETTS, RHODE ISLAND y VIRGINIA OCCIDENTAL:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago por una pérdida o beneficio falsa o fraudulenta o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

**RESIDENTES DE CALIFORNIA:** Para su protección, las leyes de California exigen que lo siguiente aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o enmendar una cobertura de seguro o presente una reclamación de pago por una pérdida que sea falsa o fraudulenta, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en la prisión estatal.

**RESIDENTES DE COLORADO:** Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de estafarla o intentar estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, que le nieguen el seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione hechos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante con el propósito de estafar o intentar estafar al titular de la póliza o al reclamante en relación con la liquidación o compensación pagadera por los beneficios del seguro, será denunciada a la división de seguros del departamento de agencias reguladoras de Colorado.

**RESIDENTES DE DELAWARE:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, estafar o engañar a una aseguradora, presente una reclamación o solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

**RESIDENTES DE IDAHO:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

## Advertencias sobre fraude

---

**RESIDENTES DE INDIANA:** Una persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una aseguradora presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, comete un delito grave.

**RESIDENTES DE KENTUCKY:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello, comete un acto fraudulento contra el seguro, lo que constituye un delito.

**RESIDENTES DE MAINE, TENNESSEE, VIRGINIA Y WASHINGTON:** Es un delito presentar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafarla. Las penas incluyen encarcelamiento, multas o que le nieguen los beneficios del seguro.

**RESIDENTES DE MARYLAND:** Cualquier persona que, a sabiendas o deliberadamente, presente una reclamación de pago por una pérdida o beneficio falsa o fraudulenta o que, a sabiendas o deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito penal y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

**RESIDENTES DE MINNESOTA:** Una persona que presente una reclamación con la intención de estafar o que ayude a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

**RESIDENTES DE NEW HAMPSHIRE:** Cualquier persona que, con la intención de lesionar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a acciones judiciales y castigos por fraude con seguros, tal como lo establece la RSA 638:20.

**RESIDENTES DE NUEVA JERSEY:** Cualquier persona que incluye información falsa o engañosa en una solicitud de seguro está sujeta a sanciones civiles y penales.

**RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO:** CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS, PRESENTE UNA RECLAMACIÓN DE PAGO POR UNA PÉRDIDA O BENEFICIO FALSA O FRAUDULENTO O QUE, A SABIENDAS, PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

**RESIDENTES DE CAROLINA DEL NORTE:** Cualquier persona que, con la intención de lesionar, estafar o engañar a una aseguradora o a un reclamante del seguro, sepa que la declaración que presenta contiene información falsa sobre un hecho o asunto que tenga relación material con la reclamación, puede ser culpable de un delito grave de clase H.

**RESIDENTES DE OHIO:** Cualquier persona que, con la intención de estafar o a sabiendas de que está facilitando una estafa contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude con seguros.

**RESIDENTES DE OKLAHOMA – ADVERTENCIA:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, estafar o engañar a una aseguradora, presente una reclamación de beneficios de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

**RESIDENTES DE OREGON:** Cualquier persona que, con la intención de estafar o a sabiendas de que está facilitando una estafa contra una compañía de seguros, envíe una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa puede ser culpable de fraude con seguros.

**RESIDENTES DE PENNSILVANIA y UTAH:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello comete un acto fraudulento contra el seguro, lo que constituye un delito, y causa que dicha persona esté sujeta a sanciones civiles y penales.

**RESIDENTES DE PUERTO RICO:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude o cause la presentación de una reclamación fraudulenta de pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave y, además del encarcelamiento, será sancionada por cada infracción con una multa no menor a cinco mil dólares estadounidenses (\$5,000) y no mayor a diez mil dólares estadounidenses (\$10,000) o con un período fijo de encarcelamiento de tres (3) años, o ambas sanciones. Si hubiera circunstancias agravantes, la pena establecida podrá aumentarse hasta un máximo de cinco (5) años y, si hubiera circunstancias atenuantes, se podrá reducir a un mínimo de dos (2) años.

**RESIDENTES DE CALIFORNIA:** Para su protección, las leyes de California exigen que lo siguiente aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o enmendar una cobertura de seguro o presente una reclamación de pago por una pérdida que sea falsa o fraudulenta, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en la prisión estatal.

## Advertencias sobre fraude

---

**RESIDENTES DE VERMONT:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago de una pérdida falsa o fraudulenta o haga, a sabiendas, declaraciones falsas en una solicitud de seguro, puede ser culpable de un delito penal conforme a las leyes del estado.

**RESIDENTES DE FLORIDA:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, presente una reclamación o solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave en tercer grado.

**RESIDENTES DE NUEVA YORK:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello, comete un acto fraudulento contra el seguro, lo que constituye un delito, y también estará sujeta a sanciones civiles que no excederán el monto de cinco mil dólares y el valor declarado en la reclamación por cada infracción de este tipo.

**Esta nota se aplica ÚNICAMENTE a la cobertura de ingresos por accidentes e incapacidad.**

Las coberturas de vida grupales son emitidas por The Prudential Insurance Company of America, una compañía de Nueva Jersey, 751 Broad Street, Newark, NJ 07102.

El seguro de vida universal variable grupal es distribuido por Prudential Investment Management Services LLC, 655 Broad Street, 19TH Floor, Newark, NJ 07102, una corredora de seguros registrada y empresa de Prudential Financial. Consulte el cuadernillo-certificado, que forma parte del contrato grupal, para obtener todos los detalles del plan, incluidas las exclusiones, limitaciones y restricciones que correspondan. Las disposiciones del contrato pueden variar de un estado a otro. Series contractuales: 83500 (Seguro de vida temporal), 89579 (Seguro de vida universal variable grupal), 96945 (Seguro de vida universal grupal).

©2024 Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas.

Prudential, el logotipo de Prudential y el símbolo del peñón (the Rock) son marcas de servicio de Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas, registradas en muchas jurisdicciones de todo el mundo.

Las futuras comunicaciones escritas de The Prudential Insurance Company of America, incluidos los acuerdos contractuales y la información sobre mantenimiento de pólizas, serán en inglés. Los materiales adicionales también pueden estar en inglés.