



Designación de beneficiario

Por favor, lea lo siguiente detenidamente antes de completar la sección de "Designación de beneficiario" a continuación.

La designación de un beneficiario puede tener consecuencias importantes en cuanto a impuestos. Le instamos a consultar con su asesor tributario antes de completar este formulario. Ni American Funds Distributors, Inc. (AFD), Capital Bank and Trust Company (CB&T) ni ninguna filial de CB&T será responsable de ningún reclamo, pérdida, daño o gasto que surja o se relacione de alguna manera con una distribución según este formulario completado de Designación de beneficiario. Debe revisar y actualizar periódicamente sus designaciones de beneficiarios según corresponda.

Si no está casado/a en el momento de designar a sus beneficiarios y contrae matrimonio posteriormente, se pagará 100% del saldo de su cuenta a la hora de su fallecimiento al cónyuge sobreviviente, a menos que su cónyuge firme la Sección 3 de este formulario.

1 Información sobre usted

Favor de escribir a máquina o con letra de imprenta clara.

Nombre del empleador	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Núm. Seguro Social del participante
Nombre del participante	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

2 Designación de beneficiario

Si los porcentajes no suman 100%, la parte de cada beneficiario se basará proporcionalmente en los porcentajes declarados. Si desea personalizar su designación o necesita más espacio, por favor adjunte una hoja separada.

Revoco todas las designaciones anteriores y ordeno que esta cuenta se distribuya en el momento de mi fallecimiento al (a los) beneficiario(s) designado(s) a continuación.

Si un beneficiario primario designado fallece antes del propietario, la parte de dicho beneficiario primario se dividirá igualmente entre los beneficiarios primarios sobrevivientes. Si ninguno de los beneficiarios primarios sobrevive al participante, los beneficios se pagarán al (a los) beneficiario(s) contingente(s).

Beneficiario(s) primario(s): (Si está casado/a y nombra a otra persona que no sea su cónyuge como beneficiario primario, debe completarse la sección 3 de este documento).

Nombre (con letra de imprenta)	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación	%
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Núm. Seguro Social	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)			
Nombre (con letra de imprenta)	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación	%
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Núm. Seguro Social	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)			<u>100%</u>

Beneficiario(s) contingente(s): (Complete solamente si nombra a un beneficiario primario más arriba).

Nombre (con letra de imprenta)	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación	%
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Núm. Seguro Social	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)			
Nombre (con letra de imprenta)	Inicial del segundo nombre	Apellido	Relación	%
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Núm. Seguro Social	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)			<u>100%</u>

Firma:

X Firma del participante	/ / Fecha (mm/dd/aaaa)
-----------------------------	---------------------------

