



# Cambio de datos del Empleado

- Por favor escriba toda la información en letra de imprenta/molde.
- Devuelva este formulario completado directamente al Administrador del Plan en su compañía. Póngase en contacto con el Administrador de su Plan para hacer cualquier cambio en sus datos personales no incluidos en el presente formulario.

|  |                                       |     |     |     |
|--|---------------------------------------|-----|-----|-----|
| <b>Cambio de:</b> <input type="checkbox"/> Datos personales <input type="checkbox"/> Aplazamiento salarial <input type="checkbox"/> Beneficiario<br><b>Para CAMBIOS EN LAS INVERSIONES, por favor complete el Formulario de Cambio de Inversiones.</b> | <b>Fecha de efecto de los cambios</b> | Mes | Día | Año |
|--|---------------------------------------|-----|-----|-----|

### Sección A - Información general

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Nombre del Titular del Contrato (Fiduciario)                                 | Número de contrato       |
| <b>Fiduciarios de</b>  | <b>Plan (el "Plan")</b>  |
| Nombre actual del Empleado (Apellido, Primer nombre, Inicial segundo nombre) | Número del Seguro Social |

### Sección B - Datos personales a ser cambiados / corregidos. Completar únicamente la información a ser cambiada / corregida.

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| Nuevo Nombre del Empleado (Apellido, Primer nombre, Inicial segundo nombre) | Nuevo Número del Seguro Social |
|---|--------------------------------|

|                     |   |        |       |
|---------------------|---|--------|-------|
| <b>Autorización</b> | Firma del contacto administrativo autorizado del plan | Nombre | Fecha |
|---------------------|---|--------|-------|

- Nota para el Administrador**
- 1) Los cambios en la Sección C y cualquier otro cambio en los datos personales del empleado se pueden comunicar a John Hancock Life Insurance Company (U.S.A.) ("John Hancock USA") utilizando el archivo de plantilla del censo o en línea en el sitio Web del patrocinador del plan.
  - 2) Para cambios en las Secciones C y D, no devuelva este formulario a John Hancock USA. John Hancock USA no mantendrá esta información ni tomará medidas sobre la base de la misma.

### Sección C - Instrucciones relativas a contribuciones continuadas

**401(k) Tradicional**   Elijo aplazar  %   o   \$  de mi sueldo / salario por período de pago como contribuciones continuadas (sin sobrepasar las limitaciones actuales del Plan y / o del IRS)

**Y/O** (si resulta aplicable)

**401(k) Roth**   Elijo aplazar  %   o   \$  de mi sueldo / salario por período de pago como contribuciones continuadas (sin sobrepasar las limitaciones actuales del Plan y / o del IRS)

Elijo **no** efectuar ningún aplazamiento en este momento. Completar la Sección E.

### Sección D - Designación de Beneficiarios por parte del Participante del Plan

- Participante casado**   Entiendo que debo elegir a mi cónyuge como Beneficiario Principal exclusivo en virtud de este Plan, a menos que él/ella manifieste su consentimiento por escrito para que se nombre a otro Beneficiario Principal. (Por favor consulte al Administrador de su Plan para obtener un Formulario de Consentimiento de Cónyuge si se nombra a un Beneficiario Principal que no sea su cónyuge).
- Participante no casado**   Entiendo que la siguiente designación pasa a ser nula y carecer de valor en el evento de mi matrimonio. Notificaré con prontitud al Administrador de mi Plan cualquier cambio que se produzca en mi estado civil.

Entiendo que si sobrevivo a mi(s) Beneficiario(s) Principal(es), los beneficios se pagarán a mi herencia a mi muerte, a menos que designe uno o varios Beneficiarios Contingentes. Si necesita espacio adicional, por favor adjunte una página separada proporcionando toda la información relativa a designación y el porcentaje de participación de cada uno.

#### Beneficiario Principal

|   |                          |                     |     |     |     |                              |                 |
|---|--------------------------|---------------------|-----|-----|-----|------------------------------|-----------------|
| Nombre (Apellido, Primer nombre, Inicial segundo nombre)              | Número del Seguro Social | Fecha de nacimiento | Mes | Día | Año | Relación con el participante | Participación % |
| Dirección - Número, calle, apartamento, ciudad, estado, código postal |                          |                     |     |     |     |                              |                 |

#### Beneficiario(s) Contingente(s)

|   |                          |                     |     |     |     |                              |                 |
|---|--------------------------|---------------------|-----|-----|-----|------------------------------|-----------------|
| Nombre (Apellido, Primer nombre, Inicial segundo nombre)              | Número del Seguro Social | Fecha de nacimiento | Mes | Día | Año | Relación con el participante | Participación % |
| Dirección - Número, calle, apartamento, ciudad, estado, código postal |                          |                     |     |     |     |                              |                 |

|   |                          |                     |     |     |     |                              |                 |
|---|--------------------------|---------------------|-----|-----|-----|------------------------------|-----------------|
| Nombre (Apellido, Primer nombre, Inicial segundo nombre)              | Número del Seguro Social | Fecha de nacimiento | Mes | Día | Año | Relación con el participante | Participación % |
| Dirección - Número, calle, apartamento, ciudad, estado, código postal |                          |                     |     |     |     |                              |                 |

|   |                          |                     |     |     |     |                              |                 |
|---|--------------------------|---------------------|-----|-----|-----|------------------------------|-----------------|
| Nombre (Apellido, Primer nombre, Inicial segundo nombre)              | Número del Seguro Social | Fecha de nacimiento | Mes | Día | Año | Relación con el participante | Participación % |
| Dirección - Número, calle, apartamento, ciudad, estado, código postal |                          |                     |     |     |     |                              |                 |

### Sección E - Autorización

|                    |        |       |
|--------------------|--------|-------|
| Firma del Empleado | Nombre | Fecha |
|--------------------|--------|-------|

GP1534SP (05/2007)