Aviso de cambio de información

Cómo devolver el formulario completado:

Por correo postal:
New York Life Guaranteed Products
P.O. Box 406, Jersey City, NJ 07303-0406

Por fax:
(908) 840-3872

Comunícate con nosotros:

Sitio web: www.newyorklife.com/prt
Teléfono: (800) 695-0462

Instrucciones: Llena las secciones obligatorias **1 y 4** y completa la(s) sección(es) que sea(n) aplicable(s).

1. Información del participante

Nombre		Número de certificado
Nombre del empleador (que otorga la pensión)	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) / /	Número de teléfono ( )
Dirección de e-mail	Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social	Monto del beneficio (pagado o esperado)

Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal

Si tu nombre ha cambiado, marca la casilla de abajo y escribe tu nombre tal como figura en nuestros archivos. ***Debes entregar prueba de nacimiento y prueba de cambio de nombre.***

☐ **Elijo cambiar mi nombre**

Nombre como figura en nuestros archivos _____

2. Cambio de dirección

Brinda detalles de tu nueva dirección en la sección 1. Si no eres ciudadano de los EE. UU., es obligatorio que completes el formulario W-8 o W-9. Si eres extranjero residente, entrega una copia de tu tarjeta de residencia. En el caso de entidades o fideicomisos cuyo domicilio está fuera de los Estados Unidos, es obligatorio presentar certificaciones impositivas. Consulta el sitio web de la autoridad tributaria en www.irs.gov para encontrar el formulario W-8 correcto.

Dirección de correo postal antigua

Dirección de correo postal		
Ciudad	Estado	Código postal

3. Cambio de banco

A medida que se vencen los pagos a mi nombre en conformidad con el contrato mencionado con anterioridad, autorizo a New York Life Insurance Company (New York Life) a realizar los pagos, ya sea mediante cheque o transferencia de fondos directa, a la orden de la institución financiera precedente que se acreditarán mi cuenta. Autorizo a la institución financiera mencionada a reembolsar a New York Life un monto equivalente a cualquier pago que haya vencido después de mi fallecimiento y que se haya acreditado a mi cuenta, o a que realice el cargo a mi cuenta como corresponde.
Me reservo el derecho de cancelar esta autorización e instrucción mediante la entrega de un aviso por escrito a New York Life Guaranteed Products; P.O. Box 406, Jersey City, NJ 07303-0406. Me comprometo a entregar de forma periódica a New York Life una prueba de supervivencia e informar a New York Life cuando cambie mi residencia permanente, y a avisar, en ese momento, si los cheques deberán continuar enviándose a la institución financiera nombrada.

Nombre del titular de la cuenta

Institución financiera

Tipo de cuenta (marca la casilla correspondiente)

☐ Cuenta corriente ☐ Cuenta de ahorros

Número de ruta

Número de cuenta

4. Firma obligatoria

Firma del rentista _____ Fecha _____