

Cuestionario de Seguro Social

Deje un espacio en blanco para cualquier cosa de la que no esté seguro; las completaremos juntos.

	Yo	Cónyuge/pareja
INFORMACIÓN GENERAL		
Nombre		
Teléfono		
Email		
Fecha de nacimiento y edad actual		
¿Está trabajando actualmente? En caso afirmativo, ¿está trabajando a tiempo completo o parcial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuándo planea/espera jubilarse?		

INGRESOS DEL SEGURO SOCIAL		
Beneficio del Seguro Social	\$	\$
Cantidad del seguro primario (Primary Insurance Amount, PIA) a su plena edad de jubilación (está su estado de cuenta anual del Seguro Social)	\$	\$
Fecha de inicio de los beneficios, si corresponde		

MATRIMONIO		
Fecha en que comenzó el matrimonio actual		
¿Matrimonios anteriores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
1. Fecha de matrimonio/terminación/ total de años Motivo de la terminación:	<input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Divorcio	<input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Divorcio
2. Fecha de matrimonio/terminación/ total de años Motivo de la terminación:	<input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Divorcio	<input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Divorcio

Si quiere revisar el historial de ganancias en su estado de cuenta del Seguro Social, adjúntelo.

	Yo	Cónyuge/pareja
PREGUNTAS ADICIONALES		
¿Los hijos menores de edad viven en su casa? En caso afirmativo, indique sus nombres y edades.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Todavía viven sus padres? En caso afirmativo, indique sus edades. Si no, indique sus edades cuando fallecieron.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez tuvo un trabajo que no estaba cubierto por el Seguro Social? En caso afirmativo, identifique la cantidad de su pensión y cuándo se iniciará o se inició.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Información adicional? (explique)		

No es un depósito
No está asegurado por la Corporación Federal de Seguro de Depósitos (FDIC)
No está asegurado por ninguna agencia del gobierno federal
No está asegurado por ninguna agencia del gobierno federal
Su valor puede disminuir

©2022 Lincoln National Corporation

LincolnFinanciam.com/Retirement

Lincoln Financial Group es el nombre comercial de Lincoln National Corporation y sus filiales.

Las filiales son responsables por separado de sus propias obligaciones financieras y contractuales.

LCN-4792425-061522

PDF 6/22 Z05

Código de orden: DC-SOC-FLI008



Los asesores de jubilación son representantes registrados de Lincoln Financial Advisors Corporation, agente de bolsa (miembro de Autoridad Reguladora del Sector Financiero (FINRA), Corporación para la Protección de los Inversores en Valores (SIPC)) y filial de planificación financiera de Lincoln Financial Group, 1301 S. Harrison St., Fort Wayne, IN 46802.

Este material es dado por The Lincoln National Life Insurance Company, Fort Wayne, IN y, en Nueva York, Lincoln Life & Annuity Company of New York, Syracuse, NY, y sus filiales correspondientes (denominadas colectivamente como "Lincoln"). Este material está diseñado para uso general con el público. Lincoln no da consejería sobre inversiones y este material no pretende dar consejería sobre inversiones. Lincoln tiene intereses financieros que son atendidos por la venta de programas, productos y servicios de Lincoln.