

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Información sobre los participantes (entre los participantes se incluyen los trabajadores del hierro, los jubilados y los beneficiarios alternativos)

Nombre legal: _____ Fecha: _____
Primer nombre IM. Apellido

Dirección: _____ Apartamento/Unidad # _____
Dirección postal Casilla (si procede)

Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Género: _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento: _____

Estado civil (marque uno): Soltero Casado legalmente Viudo Divorciado Separado

Acuerdo

Al completar este formulario y firmarlo, reconozco que por el presente revoco todas las designaciones de beneficiarios anteriores y designo al siguiente beneficiario (o beneficiarios) con vigencia a partir de la fecha de la firma de este formulario para recibir cualquier prestación por fallecimiento pagadera en virtud del grupo de fideicomisos que administran beneficios, pensiones y/o anualidades para los trabajadores de hierro del Consejo del Distrito del Sur de Ohio y sus alrededores ("Iron Workers District Council of Southern Ohio & Vicinity Benefit, Pension and/or Annuity Trusts"). Me reservo el derecho a realizar futuras designaciones de beneficiarios.

Sólo para trabajadores del hierro y jubilados: Entiendo que si estoy casado, mi cónyuge es beneficiario de mis prestaciones de pensión y anualidad, a menos que mi cónyuge haya dado su consentimiento por escrito ante notario para renunciar a estos derechos.

Designación de beneficiario(s)

Beneficiario(s) principal(es). El porcentaje de los ingresos debe ser igual al 100%. Si necesita espacio adicional para identificar a los beneficiarios, adjunte una carta firmada y fechada.

1. _____
Beneficiario principal Primer nombre IM. Apellido

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Apartamento/Unidad # _____
Dirección postal Casilla (si procede)

Ciudad Estado Código postal

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

Relación con el participante: _____ Porcentaje de los ingresos percibidos: %

2. _____
Beneficiario principal Primer nombre IM. Apellido

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Apartamento/Unidad # _____
Dirección postal Casilla (si procede)

Ciudad Estado Código postal

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

Relación con el participante: _____ Porcentaje de los ingresos percibidos: %



Designación(es) de beneficiario(s) (continuación)

Beneficiario(s) contingente(s). En caso de que el/los beneficiarios(s) principal(es) fallezca(n) antes que yo, designo al/los siguiente(s) beneficiario(s) contingente(s). El porcentaje de los ingresos debe ser igual al 100%.

1. _____
Beneficiario contingente Primer nombre IM Apellido

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____
Dirección postal Casilla (si procede) Apartamento/Unidad #

_____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

Relación con el participante: _____ Porcentaje de los ingresos percibidos: %

2. _____
Beneficiario contingente Primer nombre IM Apellido

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____
Dirección postal Casilla (si procede) Apartamento/Unidad #

_____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

Relación con el participante: _____ Porcentaje de los ingresos percibidos: %

Tenga en cuenta lo siguiente: Si se designa a más de un beneficiario, salvo disposición en contrario en el presente documento, las prestaciones se pagarán en partes iguales a los beneficiarios designados que le sobrevivan. Esta designación de beneficiario entrará en vigor a partir de la fecha en que la Oficina de *Iron Workers District Council of Southern Ohio & Vicinity Benefit, Pension and/or Annuity Trusts* reciba este documento.

Firma

Autorización: Solicito estos cambios de beneficiario y acepto presentar información adicional cuando se me solicite si dicha información es necesario para aplicar los cambios que figuran en este formulario. También entiendo que las instrucciones de este formulario están sujetos a los términos de los documentos del Plan de *Iron Workers District Council of Southern Ohio & Vicinity Benefit, Pension and/or Annuity Trusts*.

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Instrucciones de presentación

Envíe por correo este documento original (no se aceptan copias) a

Iron Workers District Council of Southern Ohio & Vicinity Benefit, Pension, Annuity Trust
 (Fideicomiso que administra beneficios, pensiones y/o anualidades para los trabajadores de hierro del Consejo del Distrito del Sur de Ohio y sus alrededores)
 1470 Worldwide Place
 Vandalia OH 45377