

Designación del beneficiario

St. Louis-Kansas City Carpenters Regional Health & Vacation Plans

1419 Hampton Avenue, Suite 100, St. Louis, MO 63139

Teléfono: (314) 644-4802 | Línea gratuita: (877) 232-3863 | Fax: (314) 678-1110

Correo electrónico: benefits@laborfunds.org | Sitio web: laborfunds.org



Nombre del participante (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social del participante
--	--

Información importante del beneficiario:

1. Su beneficiario es la persona natural o las personas que usted, como participante cubierto, selecciona para recibir beneficios pagaderos a su "beneficiario designado" al momento de su fallecimiento. Los beneficiarios nombrados en este formulario recibirán cualquier beneficio de seguro de vida adeudado del Fondo de Salud y Bienestar y cualquier dinero pagadero del Fondo de Vacaciones. Además, los beneficiarios nombrados en este formulario serán sus "beneficiarios designados" a los fines del Fondo de Pensiones, a menos que usted haya designado por separado un beneficiario diferente para ese Fondo.
2. El beneficiario principal es la persona que se encuentra en primer lugar en la fila para recibir beneficios, siempre que esa persona esté viva al momento de su fallecimiento. Si se designa a más de un beneficiario principal, los beneficios se pagarán en partes iguales a todos los beneficiarios principales que le sobrevivan, a menos que usted designe lo contrario. **Tenga en cuenta que si no designa a un beneficiario como primario o secundario, ese beneficiario se considerará primario.**
3. El beneficiario secundario es la persona que usted desea que reciba algún beneficio en caso de que todos los beneficiarios primarios fallezcan.
4. Si no designa a ningún beneficiario, o si ningún beneficiario que haya designado le sobrevive, los beneficios se pagarán a la persona (o personas) especificada en el Documento del plan correspondiente.
5. Cualquier monto pagadero al beneficiario, que sea menor de edad o que sea incapaz de otorgar una exención válida, puede pagarse a un adulto competente para el beneficio del beneficiario, según lo dispuesto en el Documento del plan correspondiente.
6. Si se designa un fideicomiso como su beneficiario, nuestras oficinas requerirán una copia del documento del fideicomiso.
7. Verifique su designación de beneficiario periódicamente y actualice su archivo para reflejar su estado actual. La designación de beneficiario más reciente registrada en el momento de su fallecimiento prevalecerá.
8. **Designación por parte del representante del participante:** Si su representante legal firma este formulario en su nombre, la designación entrará en vigencia solo si el Fondo ha recibido y aprobado un Poder notarial duradero u otra documentación que acredite la autoridad del representante.

Nombre del beneficiario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Tipo de beneficiario (seleccione uno): <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario
Dirección completa		Número de teléfono	Relación con el participante

Nombre del beneficiario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Tipo de beneficiario (seleccione uno): <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario
Dirección completa		Número de teléfono	Relación con el participante

Nombre del beneficiario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Tipo de beneficiario (seleccione uno): <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario
Dirección completa		Número de teléfono	Relación con el participante

Nombre del beneficiario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Tipo de beneficiario (seleccione uno): <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario
Dirección completa		Número de teléfono	Relación con el participante

Firma requerida

Designo a los beneficiarios antes mencionados para que reciban cualquier beneficio que pueda ser pagadero al momento de mi fallecimiento de **St. Louis-Kansas City Carpenters Regional Health Plan (excluye a los participantes de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria [Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA]), St. Louis-Kansas City Carpenters Regional Vacation Plan, así como de Carpenters' Pension Trust Fund of St. Louis** en ausencia de una designación de beneficiario diferente para el Fondo de Pensiones.

Firme aquí

Firma del participante (OBLIGATORIO)

Fecha