



## Designación de Beneficiario para Participante Casado/ Cambio: Beneficio por Fallecimiento

Fondo de Anualidad de los Carpinteros Región St. Louis-Kansas City

1419 Hampton Avenue, St. Louis, MO 63139

Teléfono: (314) 644-4802 | Telefono-gratis: (877) 232-3863 | Fax: (314) 644-0200

Correo electrónico: annuity@laborfunds.org | Website: laborfunds.org

Nombre del Participante

Número de Seguro Social

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

**INSTRUCCIONES:** Utilice este formulario si está casado y (i) no ha designado previamente un beneficiario para recibir cualquier Beneficio por Fallecimiento que pueda pagarse del Plan en caso de su fallecimiento, o (ii) si desea cambiar a un beneficiario que haya designado previamente para recibir ese beneficio. Los Beneficiarios Secundarios recibirán un beneficio solo si no hay un Beneficiario Principal vivo. Si se designa a más de un Beneficiario en cualquiera de las categorías (Principal o Secundario), el beneficio para dicha categoría se les pagará en partes iguales.

**NOTA:** El Beneficio por Fallecimiento para un Participante que fallece después de estar casado por más de un año se pagará en todos los casos al cónyuge sobreviviente, a menos que dicho cónyuge renuncie al derecho a ese beneficio y dicha renuncia sea atestiguada por un representante del Plan o un notario público. Si, después de completar esta forma, se divorcia o su matrimonio se anula y su ex conyugue era el beneficiario que elejio, esa elección será anulada y tendrá que completar otra Forma de Beneficiario y designar nuevo beneficiario. El conjunto de Administradores pueda requerir prueba de su divorcio o anulación.

**DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE:** I, \_\_\_\_\_, por la presente designo al beneficiario o beneficiarios\* mencionados a continuación para recibir cualquier Beneficio por Fallecimiento que pueda pagarse del Plan, revocando cualquier designación de beneficiario previa que pueda haber hecho con respecto al Beneficio por Fallecimiento. Si no se hizo una elección en esta forma, tal prestación será pagado a mi conyugue sobreviviente, o si no hay conyugue sobreviviente, a mis hijos en partes iguales, o si no hijos a mi estado. Si ha estado casado mas de un ano, y designo a otra persona diferente que su conyugue como Beneficiario Primario, su conyugue debe completar la sección de Consentimiento de conyugue del Participante abajo y debe firmar enfrente de un notario o un representante del Plan. Si no complete la seccion de Consentimiento del conyugue, la eleccion del beneficiario sera invalida.

Nombre del Beneficiario	Relación	<input type="checkbox"/> Principal
		<input type="checkbox"/> Secundario
Dirección	Número de Seguro Social	
Ciudad, Estado, Zip	Fecha de Nacimiento	

Nombre del Beneficiario	Relación	<input type="checkbox"/> Principal
		<input type="checkbox"/> Secundario
Dirección	Número de Seguro Social	
Ciudad, Estado, Código Postal	Fecha de Nacimiento	

**Usted y su conyugue (cuando aplique) debe firmar esta forma en la PAGINA 2 para que sea valida.**



## CONSENTIMIENTO DEL CONYUGUE DEL PARTICIPANTE

Esta seccion debe ser completa solo por su conyugue si ha estado casado por lo menos en un periodo de 12 meses antes de su muert y selecciona alguien diferente de su conyugue como Beneficiario Primario.

Yo, el cónyuge abajo firmante del Participante nombrado en est Forma de Designación de Beneficiario, por la presente certifico que he leído la Forma de Designación de Beneficiario y entiendo completamente que la propiedad sujeta a la designación es el beneficio de mi cónyuge según el Plan. Entiendo que si no doy mi consentimiento para que se designe a otra persona como beneficiario de mi cónyuge, recibiré el pago de los beneficios de mi cónyuge en caso de su muerte, si todavía estoy vivo. Estoy completamente satisfecho con las disposiciones de la designación y por la presente consiento y acepto la designación de beneficiario, sin importar si muero antes o después de mi cónyuge. Entiendo que debo dar mi consentimiento nuevamente si mi cónyuge quiere designar a otra persona (que no sea yo).

\_\_\_\_\_  
Nombre    Inicial del Segundo Nombre    Apellido

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

*La firma del participante debe ser atestiguada por un notario público o un representante del Plan.*

TESTIGO: Notario Público o Representante del Plan

Suscrito y jurado ante mí en este día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre

[COLOCAR SELLO NOTARIAL AQUÍ]

## AUTORIZATION DE FIRMA DEL PARTICIPANTE

Por la presente revoco todas las designaciones anteriores (si las hubiera) de beneficiarios principales y designo al beneficiario o beneficiarios nombrados en este formulario.

\_\_\_\_\_  
Nombre    Inicial del Segundo Nombre    Apellido

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma