



Designación de Beneficiario para Participante Soltero/ 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 no 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 se casa durante al menos un año después de completar este formulario con alguien que no sea el Beneficiario Principal mencionado a continuación, la designación quedará nula y sin efecto. Existe un formulario separado para Participantes casados.

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE: Yo, _____, 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.

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

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

*Attach paper if more than two designated beneficiaries

Firma del Participante

Fecha