

Formulario de reciprocidad

St. Louis – Kansas City Carpenters Regional Health & Annuity Plans
 Carpenters Pension Trust Fund of St. Louis
 1419 Hampton Avenue, St. Louis, MO 63139
 Teléfono: (314) 644-4802 | Línea gratuita: (877) 232-3863 | Fax: (314) 678-1110
 Correo electrónico: traveler@laborfunds.org | Sitio web: laborfunds.org



Autorización para la transferencia de contribuciones

Complete este formulario en su totalidad (Partes A a D) y envíelo a la dirección que figura en la parte superior de este formulario.

Deseo transferir contribuciones: (seleccione una opción)

- A** the Mid-America Carpenters Regional Council, St. Louis-Kansas City Benefit Funds, mi Fondo del lugar de residencia.
- DE** the Mid-America Carpenters Regional Council, St. Louis-Kansas City Benefit Funds (Fondos del lugar de trabajo o Externos)
A mis Fondos del lugar de residencia que se indican a continuación.

A. Información del miembro

Nombre completo del miembro (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Número de Seguro Social del miembro	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento	Teléfono	Dirección de correo electrónico	Número local

B. Información del empleador

Nombre del empleador	Ubicación del trabajo (ciudad/estado)	Fondo externos Número local	Fechas de trabajo (Desde – Hasta)
Dirección de correo electrónico	Número de teléfono		

C. Mi fondo del lugar de residencia cooperativo

	Fondo para el bienestar y la salud del lugar de residencia	Fondo de pensión del lugar de residencia	Fondo de anualidad del lugar de residencia <i>Vigente durante los horarios del 5/1/2019 o después</i>
Nombre del fondo			
Número de teléfono			
Dirección			
Ciudad, estado, código postal			

D. Autorización/Firma

Autorización y exención: Al firmar a continuación, comprendo que los Fondos del lugar de trabajo o Externos (Su Fondo) actuarán únicamente como agente de mis Fondos del lugar de residencia y, como tal, estaré sujeto a las reglas de elegibilidad y disposiciones de beneficios de mis Fondos del lugar de residencia al momento de la transferencia de mis contribuciones. Por el presente, eximo (en mi nombre y en el de cualquier persona que reclame a través de mí) y eximo asimismo a Sus Fondos y a sus Fiduciarios de todas las reclamaciones con respecto a cualquier contribución transferida y por cualquier beneficio o crédito que se hubiera acumulado o se hubiera vuelto pagadero a mí de Su Fondo.

Firma del miembro (OBLIGATORIO): _____ Fecha de la firma _____

SOLO PARA USO EN LA OFICINA

	Fondo para el bienestar y la salud del lugar de residencia	Fondo de pensión del lugar de residencia	Fondo de anualidad del lugar de residencia
Nombre del fondo			