



Chicago Regional Council of Carpenters Pension Fund
12 E. Erie Street- Chicago, IL 60611
(312) 787-9455, Opción telefónica 4



01001BNS650363

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO
DEL PLAN DE ANUALIDAD SUPLEMENTARIA

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-----|-----|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---|-------------------------|--|--|
| Apellido del participante | | | Nombre completo | | | Segundo nombre completo | | | | |
| Fecha de nacimiento | | | Sexo | | Estado civil | | | Número de Seguro Social | | |
| MES | DÍA | AÑO | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo | <input type="checkbox"/> Separado | - | | | |

INSTRUCCIONES / LO QUE NECESITA SABER ANTES DE EMPEZAR:

Escriba con letra imprenta clara en LETRAS MAYÚSCULAS y use sólo bolígrafo azul o negro. No borre ni use corrector. Si comete un error, debe llenar un formulario nuevo. Debe llenar completamente este formulario, firmarlo en el reverso, atestiguar su firma y devolverlo a la Oficina del fondo de pensión. Es posible que desee quedarse con una copia de este formulario para sus registros. **Esta designación de beneficiario entrará en vigencia en la fecha que la Oficina del Fondo de pensión reciba el formulario lleno.** La recepción de este formulario no es garantía de elegibilidad para beneficios.

Su primera opción para recibir el beneficio del Plan de anualidad suplementaria en caso de fallecimiento es el beneficiario primario. Si nombra a más de un beneficiario primario y en caso de que uno de los beneficiarios primarios muera antes que usted, el beneficio adeudado se repartirá proporcionalmente entre los beneficiarios primarios restantes. Si está casado y nombra a un beneficiario primario distinto (o además) de su cónyuge, se DEBE suministrar un consentimiento conyugal en el reverso de este formulario.

Su segunda opción para recibir el beneficio del Plan de anualidad suplementaria en caso de fallecimiento es un beneficiario alternativo, si sus beneficiarios primarios no se encuentran vivos en el momento de su muerte. Si designa a más de un beneficiario primario, todos los beneficiarios primarios deben haber muerto antes de que cualquiera de los beneficiarios alternativos tengan derecho a recibir beneficios. Si nombra a más de un beneficiario alternativo y en caso de que uno de los beneficiarios alternativos muera antes que usted, el beneficio adeudado se repartirá proporcionalmente entre los beneficiarios alternativos restantes.

Si desea nombrar a más de tres beneficiarios primarios o alternativos, comuníquese con la Oficina del fondo de pensiones para solicitar un formulario adicional.

Si ocurren situaciones complicadas o poco comunes, es posible que desee consultar a un abogado con respecto a la designación formal de beneficiarios que sea más adecuada a su situación. **Debe revisar su designación de beneficiarios siempre que cambie su estado civil, tenga un hijo o experimente otro acontecimiento importante en su vida.**

Se requiere la siguiente información para cada beneficiario:

- el nombre completo del beneficiario (por ejemplo Mary B. Jones y no Sra. John J. Jones);
- relación con el participante (si no tiene un parentesco con el participante, indicar como "amigo");
- dirección, fecha de nacimiento y Número de seguro social o ITIN

El porcentaje de participación debe ser equivalente a un total de 100% para los beneficiarios primarios y a un total separado de 100% para los beneficiarios alternativos. (Ejemplo: 100% Esposa o 50% Esposa y 50% Hija, o 50% Madre, 25% Hermana y 25% Hermano, etc.)

DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO PRINCIPAL

Designo a las siguientes personas como mis beneficiarios primarios:

| | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|--------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|
| Nombre del beneficiario primario | | Inicial del segundo nombre | | Apellido | | | | | |
| Relación con el participante | | Fecha de nacimiento del beneficiario | | Nº de Seguro Social o ITIN del beneficiario | | Porcentaje de participación | | | |
| Dirección del beneficiario | | | | Ciudad | | Estado | | Código Postal | |
| Nombre del beneficiario primario | | Inicial del segundo nombre | | Apellido | | | | | |
| Relación con el participante | | Fecha de nacimiento del beneficiario | | Nº de Seguro Social o ITIN del beneficiario | | Porcentaje de participación | | | |
| Dirección del beneficiario | | | | Ciudad | | Estado | | Código Postal | |
| Nombre del beneficiario primario | | Inicial del segundo nombre | | Apellido | | | | | |
| Relación con el participante | | Fecha de nacimiento del beneficiario | | Nº de Seguro Social o ITIN del beneficiario | | Porcentaje de participación | | | |
| Dirección del beneficiario | | | | Ciudad | | Estado | | Código Postal | |

(ASEGÚRESE DE COMPLETAR EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO)

ANVERSO

#10036159 CV(11)650363-011S 02/10/10

DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO ALTERNATIVO

Comprendo que todos los beneficiarios primarios deben haber fallecido antes de que los beneficiarios alternativos tengan derecho a recibir beneficios. Designo a las siguientes personas como mis beneficiarios alternativos:

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|--------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| Nombre del beneficiario alternativo | | Inicial del segundo nombre | | Apellido | |
| Relación con el participante | | Fecha de nacimiento del beneficiario | | Nº de Seguro Social o ITIN del beneficiario | |
| Dirección del beneficiario | | Ciudad | | Estado | |
| Código Postal | | Porcentaje de participación | | | |
| Nombre del beneficiario alternativo | | Inicial del segundo nombre | | Apellido | |
| Relación con el participante | | Fecha de nacimiento del beneficiario | | Nº de Seguro Social o ITIN del beneficiario | |
| Dirección del beneficiario | | Ciudad | | Estado | |
| Código Postal | | Porcentaje de participación | | | |
| Nombre del beneficiario alternativo | | Inicial del segundo nombre | | Apellido | |
| Relación con el participante | | Fecha de nacimiento del beneficiario | | Nº de Seguro Social o ITIN del beneficiario | |
| Dirección del beneficiario | | Ciudad | | Estado | |
| Código Postal | | Porcentaje de participación | | | |

CONSENTIMIENTO CONYUGAL – ES OBLIGATORIO SI EL CÓNYUGE NO ES EL ÚNICO BENEFICIARIO PRIMARIO

Soy el cónyuge legal y actual del Participante. He autorizado voluntariamente a que mi cónyuge designe un beneficiario distinto a mi persona para que reciba el beneficio adeudado en caso de fallecimiento (si lo hubiere) del Plan de anualidades del Chicago Regional Council of Carpenters. Reconozco y comprendo que :

- (1) El efecto de mi consentimiento será la pérdida de beneficios a los que de otra forma tendría derecho a recibir por parte del Plan de anualidades de Chicago Regional Council of Carpenters Pension Fund, después del fallecimiento de mi cónyuge.
- (2) La designación por parte de mi cónyuge de otro beneficiario primario para los beneficios del Plan de anualidades de Chicago Regional Council of Carpenters Pension Fund, no es válida a menos que yo la autorice
- (3) Mi consentimiento es irrevocable, a menos que mi cónyuge revoque la designación o que se proporcione en virtud de una Orden judicial de relaciones domésticas calificadas.

Firma del cónyuge _____ Fecha en que firmó el cónyuge _____

PARA QUE LO COMPLETE EL NOTARIO PÚBLICO:

Estado de _____ Condado de _____

Firmo ante mí el día _____ de _____ en el año _____

Mi nombramiento es válido hasta _____

(SELLO DEL NOTARIO)

ANTES DE FIRMAR LEA CUIDADOSAMENTE LO SIGUIENTE: Por medio del presente revoco todas las designaciones anteriores de beneficiarios del Plan de anualidad suplementaria y designo a aquellos nombrados en este formulario como mis beneficiarios. Comprendo que puedo cambiar mis designaciones de beneficiarios en cualquier momento llenando un nuevo Formulario de designación de beneficiarios. Dicho cambio entrará en vigencia cuando la Oficina del fondo de pensión del Chicago Regional Council of Carpenters Pension Fund reciba el nuevo formulario.

| | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|--|-----------------------|-----|--------|
| Firma del Participante | Firma completa del Participante | | Fecha en que se firmó | | |
| | | | Mes | Día | Año |
| Firma y dirección del testigo | Firma completa del testigo | | Fecha en que se firmó | | |
| | | | Mes | Día | Año |
| | Dirección del testigo | | Ciudad | | Estado |

SOLO PARA USO DE LA OFICINA DEL FONDO

| | |
|-------------------------|-------------------------------|
| Fecha en que se recibió | Ingresado (Fecha e iniciales) |
| | |

REVERSO

CV(11)650363-011S 02/10/10