



TEAMSTERS LOCAL 929 PLAN DE JUBILACIÓN

Fideicomisarios de la Unión
ROBERT "ROCKY" BRYAN, JR
JOHN PRESTON

Apartado de correos 122 @ Collingswood, NJ 08108
856-382-2468 Toll Free 866-542-9936 PAX: 856-382-2416

Empleador Administradores
JOSÉ M. PROCACCI
GEORGE BINCK

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO – PLAN DE JUBILACIÓN TEAMSTERS LOCAL 929

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____ SEGURO SOCIAL #: _____

DIRECCIÓN: _____
CITY STATE ZIP

Si está casado, no es necesario que complete un Formulario de designación de beneficiario. **Como Participante casado, su cónyuge es automáticamente el único Beneficiario Principal de su cuenta.** Sin embargo, su cónyuge puede renunciar a su derecho como beneficiario designado al dar su consentimiento para que usted nombre a otro beneficiario a continuación. Su cónyuge deberá firmar el reverso de este formulario y notarizar su firma. Puede designar a un Beneficiario (s) además de O que no sea su cónyuge para recibir el 100% de su cuenta. **Consulte el reverso para el consentimiento conyugal.**

Si no está casado, debe designar a un Beneficiario (s) para recibir su Cuenta 929 después de su muerte. Si no nombra a un Beneficiario (s), su cuenta será pagadera de acuerdo con las reglas del Plan 929.

LEA LA EXPLICACIÓN DE LAS DESIGNACIONES DE BENEFICIARIOS EN EL REVERSO ANTES DE COMPLETAR.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO PRIMARIO

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____ SEGURO SOCIAL #: _____

Dirección del beneficiario principal: _____
Ciudad StateZip

% de relaciones asignadas al participante: _____

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____ SEGURO SOCIAL #: _____

Dirección del beneficiario principal: _____
Ciudad StateZip

% de relaciones asignadas al participante: _____

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO CONTINGENTE

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____ SEGURO SOCIAL #: _____

Dirección del beneficiario contingente: _____
Ciudad StateZip

% de relaciones asignadas al participante: _____

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____ SEGURO SOCIAL #: _____

Dirección del beneficiario contingente: _____
Ciudad StateZip

% de relaciones asignadas al participante: _____

En caso de mi muerte, designo a los anteriores como mi(s) Beneficiario(s). Certifico que la información en este formulario es correcta.

Firma del participante: _____ Date: _____

CONSENTIMIENTO CONYUGAL

Para el participante y el cónyuge: Lea atentamente a continuación.

Si el cónyuge del Participante no figura como el único Beneficiario Principal, el consentimiento notariado del cónyuge a continuación es necesario para que la(s) Designación(es) de Beneficiario sean válidas cada vez que se realice un cambio. El consentimiento del cónyuge debe ser presenciado por un notario público o representante del plan.

Cónyuge: Por la presente renuncio a todos los derechos a los beneficios bajo el Plan de Jubilación Local 929 de Teamsters y doy mi consentimiento a la(s) designación(es) de Beneficiario hecha por mi cónyuge. Lo reconozco y entiendo plenamente; (1) A la muerte de mi cónyuge, la totalidad o parte de la Cuenta 929 de mi cónyuge se pagará a un Beneficiario (s) que no sea yo; (2) No puedo revocar mi consentimiento para la designación de su(s) Beneficiario(s); (3) Mi cónyuge solo puede cambiar esta designación de Beneficiario (s) con mi consentimiento.

Nombre del cónyuge: (Por favor imprima) _____ Seguro Social #: _____

Firma del cónyuge: _____

Dirección del cónyuge: _____

Ciudad State Zip

Nombre del participante: (Por favor imprimir) _____

Representante del plan: _____ Fecha: _____

o Notario:

Jurada y suscrita antes de este ____

Foca

DESIGNACIONES DE BENEFICIARIOS

BENEFICIARIO PRINCIPAL

Debe haber al menos un beneficiario principal que recibirá su cuenta 929 si usted fallece. Si un Beneficiario Principal ha fallecido en el momento de su muerte, la parte de esa persona se distribuirá al Beneficiario Principal restante, si corresponde.

BENEFICIARIO CONTINGENTE

Un Beneficiario Contingente recibirá un beneficio solo si todos los Beneficiarios Primarios han fallecido en el momento de su muerte. De lo contrario, un beneficiario contingente no recibirá un beneficio.

PORCENTAJE (%) ASIGNACIÓN

Escriba el porcentaje del beneficio que desea que reciba cada beneficiario. Especifique un porcentaje en incrementos de diez (10), como 10%, 20%. Los porcentajes asignados a los beneficiarios primarios deben sumar el 100%. Los porcentajes asignados a los Beneficiarios Contingentes deben sumar el 100%.