



Plan de jubilación Teamsters Local 929

P.O. Box 122 · Collingswood, NJ 08108
Número gratuito (866) 542-9936 · (856) 382-2468 · Fax (856) 382-2416

FORMULARIO DE CENSO DE MIEMBROS Y MODIFICACIÓN DE DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Instrucciones para el Empleador: Solicite que los nuevos empleados que participan en el Plan de Jubilación Teamsters Local 929 completen este formulario. Utilícelo también para notificar al administrador de las modificaciones de nombre, dirección, estado civil, o cambios de beneficiarios. Cuando haya completado el formulario, devuélvalo al administrador a la dirección o al número de fax mencionados anteriormente. Gracias por ayudarnos a mantener nuestros registros al día.

Seleccione una Opción: Empleado Nuevo Cambio de Dirección Cambio de Beneficiario Otro ___

ESCRIBA EN FORMA LEGIBLE PARA FACILITAR LA LECTURA GRACIAS.

Nombre del Miembro:			
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Tratamiento (Jr., Sr., etc.)
Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Fecha de Contratación:	
Dirección Actual:			
Calle: _____			
Ciudad: _____		Estado: _____	Código Postal: _____
Número de Teléfono Particular Actual:	Número de Teléfono Celular Actual:		
Nueva Dirección:			
Calle: _____			
Ciudad: _____		Estado: _____	Código Postal: _____
Número de Teléfono Particular Nuevo:	Número de Teléfono Celular Nuevo:		

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Beneficiario	Nombre	Número de Seguro Social
Principal	Fecha de Nacimiento	Tipo de Relación
	Dirección	Teléfono

Tenga en cuenta lo siguiente: Si está legalmente casado, lea el dorso de este formulario y complételo según corresponda.

<input type="checkbox"/> Principal	Nombre	Número de Seguro Social
<input type="checkbox"/> Secundario	Fecha de Nacimiento	Tipo de Relación
	Dirección	Teléfono
<input type="checkbox"/> Principal	Nombre	Número de Seguro Social
<input type="checkbox"/> Secundario	Fecha de Nacimiento	Tipo de Relación
	Dirección	Teléfono
<input type="checkbox"/> Principal	Nombre	Número de Seguro Social
<input type="checkbox"/> Secundario	Fecha de Nacimiento	Tipo de Relación
	Dirección	Teléfono

Leí la información sobre la designación de beneficiarios al dorso de este formulario y certifico que los datos proporcionados en este formulario son precisos a mi leal saber y entender.

Firma del Miembro: _____ Fecha de la Firma: _____

Las personas físicas o jurídicas mencionadas anteriormente serán mis beneficiarios. Si no se selecciona "Principal" ni "Secundario", se considerará que cada beneficiario designado es un Beneficiario Principal. Si se designan varios Beneficiarios Principales, todos compartirán el beneficio disponible en partes iguales. Si un Beneficiario Principal o Secundario muere antes que yo, su interés y el de sus herederos se extinguirá por completo, y la parte porcentual de los Beneficiarios Principales restantes debe adquirir la porción designada del saldo de mi Plan.

Comprendo que, si designo a un Beneficiario Principal que no es mi cónyuge, este debe completar el "Consentimiento Conyugal" que figura a continuación ante un notario público.

En caso de designar a un hijo menor de edad como Beneficiario Principal o Secundario, comprendo que también debo completar la "Designación de Tutor" a continuación.

**CONSENTIMIENTO CONYUGAL PARA DESIGNAR BENEFICIARIOS
PRINCIPALES O SECUNDARIOS QUE NO SON EL CÓNYUGE**
*(Las designaciones no entrarán en vigencia hasta que este formulario
se otorgue ante escribano y se devuelva).*

Declaro que soy el cónyuge del miembro y presto mi consentimiento en forma voluntaria para la designación del beneficiario que no es cónyuge que figura al dorso de esta página. Comprendo y acepto que esta designación implica que otra persona recibirá los beneficios en caso de fallecimiento antes de la jubilación.

Firma del Cónyuge: _____ Fecha de la Firma: _____

Otorgado ante Escribano:
Estado de _____, condado de _____

En el día de la fecha, _____ de _____, 20____, ante mí, _____, el funcionario que suscribe, se presentó _____, quien declaró ser cónyuge de _____.

EN PRUEBA DE CONFORMIDAD, firmo y sello el presente documento.

Notario Público Mi cargo cesa el _____

**DESIGNACIÓN DE TUTOR PARA EL MENOR DESIGNADO COMO
BENEFICIARIO**

Para el menor _____, a quien nombré como Beneficiario, designo a la siguiente persona para actuar como tutor del beneficio hasta que el menor cumpla los 18 años.

TUTOR	Nombre Fecha de Nacimiento Dirección	Tipo de Relación con el Menor del Número de Seguro Social Teléfono
-------	--	--