FONDOS DE BENEFICIOS DEL CONSEJO REGIONAL DE CARPINTEROS DE LOS ESTADOS DEL NORTE Y DEL CENTRO

P.O. BOX 4002 • EAU CLAIRE WI 54702

Nombre completo en letra de imprenta_____

Marque con un círculo (M o F)

N.° de Seg. Social_____ Fecha de nacimiento___ N.° sindicato local_____ Teléfono: _____

_____

Dirección postal Ciudad Estado Código postal

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo ☐

Casado Fecha(s) de divorcio(s)_____

-

NO ES VÁLIDO HASTA QUE ESTÉ FIRMADO Y FECHADO:_____

FIRMA DEL PARTICIPANTE **FECHA**

Designo al siguiente beneficiario principal para cada uno de los Fondos de Pensiones y de Salud. ***Los beneficios para los beneficiarios primarios o secundarios se pagan en partes iguales.***

FONDO DE PENSIONES - BENEFICIARIO(S) PRINCIPAL(ES)

(Casado):

Nombre_____/ **CÓNYUGE** / N.° Seg. Social_____

Dirección_____Fecha de nacimiento:_____

(No casado):

1) Nombre_____/_____/ N.° Seg. Social_____
Vínculo

Dirección_____Fecha de nacimiento:_____

2) Nombre_____/_____/ N.° Seg. Social_____
Vínculo

Dirección_____Fecha de nacimiento:_____

RELLENE FRENTE Y DORSO DEL FORMULARIO

FONDO DE SALUD - BENEFICIARIO(S) PRINCIPAL(ES)

☐ **Marque esta casilla si quiere designar a los mismos beneficiarios que para el Fondo de Pensiones. Si lo hace, no complete los datos que siguen.**

1) Nombre:_____/_____/ N.° Seg. Social_____
Vínculo

Dirección_____Fecha de nacimiento:_____

2) Nombre:_____/_____/ N.° Seg. Social_____
Vínculo

BENEFICIARIO(S) SECUNDARIO(S):

Si desea nombrar beneficiarios secundarios en caso de que los beneficiarios principales nombrados anteriormente no estén vivos en el momento de su fallecimiento, complete la siguiente sección.

1) Nombre_____/_____/ N.° Seg. Social_____
VÍNCULO

Dirección_____Fecha de nacimiento:_____

Marque con un círculo todos los fondos que correspondan: Pensiones Salud

2) Nombre_____/_____/ N.° Seg. Social_____
VÍNCULO

Dirección_____Fecha de nacimiento:_____

Marque con un círculo todos los fondos que correspondan: Pensiones Salud

3) Nombre_____/_____/ N.° Seg. Social_____
VÍNCULO

Dirección_____Fecha de nacimiento:_____

Marque con un círculo todos los fondos que correspondan: Pensiones Salud

Si es necesario, adjunte una hoja separada para nombrar beneficiarios adicionales.

IMPRIMIR