

**FONDO DE PENSIONES DEL SINDICATO DEL LOCAL 23 DE
TRABAJADORES Y EMPLEADORES DE LA INDUSTRIA DE ALIMENTOS Y
BEBIDAS** 7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
(410) 872-9500

Formulario de cambio de beneficiarios

Complete este formulario si desea cambiar su nombramiento de beneficiarios para fines de su Saldo de Cuenta de Anualidad pagadero bajo el Plan. Si está casado, la persona que es su cónyuge debe completar la declaración del cónyuge en la siguiente página a menos que tenga una Orden Calificada de Relaciones Domésticas o su cónyuge haya fallecido.

Designación de beneficiarios

Nombre del participante: _____

Número de Seguro Social: _____

Por este medio nombro a la siguiente persona, o personas, como beneficiario(s) del Plan de Pensiones del Sindicato del local 32 de Trabajadores y Empleadores de la Industria de alimentos y bebidas para los beneficios indicados y revoco todo nombramiento anterior.

1. Beneficiario principal

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____
Ciudad Estado Código postal

No. de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

No. de SS: _____

2. Beneficiario alternativo:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____
Ciudad Estado Código postal

No. de teléfono: _____ Fecha de nacimiento : _____

No. de de SS: _____

Declaración de participante (Marque UNA de las opciones siguientes)

_____ Por este medio certifico que mi cónyuge falleció.

_____ No estoy casado y elijo cambiar a mi beneficiario.

_____ Estoy casado y elijo cambiar a mi beneficiario.

Firma del participante

Fecha

Jurado y suscrito ante mí este día _____ de _____ de 20____.

Notario Público

_____ Mi nombramiento vence el _____

Nota: Si es casado y su beneficiario recién elegido es una persona que *no* es su cónyuge, su cónyuge tiene que completar, y hacer que un notario certifique la siguiente declaración.

Declaración del cónyuge

Por este medio doy mi consentimiento para que mi cónyuge nombre al beneficiario indicado anteriormente. Entiendo que, como resultado de este nombramiento, cualquier Saldo de la Cuenta de Anualidad restante al fallecer mi cónyuge, se le pagará a su nuevo beneficiario indicado arriba. Entiendo que el cambio de beneficiario de mi cónyuge no entrará en vigencia hasta que yo dé mi consentimiento por escrito mediante mi firma a continuación.

Firma del cónyuge

Fecha

Jurado y suscrito ante mí este día _____ de _____ de 20____.

Notario Público
vence

Mi nombramiento

(Si este formulario no está certificado ante un notario, se le devolverá.)