



## FIDEICOMISO DE CARPINTEROS DE ESTADOS DEL OESTE DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO

445 SOUTH FIGUEROA STREET, SUITE 1500  
LOS ANGELES, CA 90071-3203

Regrese formulario completo a [enrollment@csacbenefits.org](mailto:enrollment@csacbenefits.org)

Nombre del Participante (primero, medio, último)		Número de Seguro Social del Participante		Fecha de nacimiento	
Domicilio		Ciudad	Estado	Código Postal	Número de teléfono
Correo electrónico				Estado Civil: (Marque Uno) <i>Casado      Soltero      Divorciado</i>	
<p>Las reglas del plan dictan que su cónyuge legal será considerado automáticamente su Beneficiario para los Beneficios del Plan de Pensiones de Carpinteros de Estados del Oeste y que su cónyuge legal debe dar su consentimiento por escrito para la designación de un Beneficiario que no sea su cónyuge para el Plan de A anualidades de Carpinteros del Sudoeste. Consulte la Descripción resumida del plan (SPD) para obtener más información sobre el seguro de vida y/o los Beneficios para sobrevivientes de cada Plan.</p>					
<p><b>Beneficiario(s) Principal(es)</b>  <b>Designe al menos un beneficiario principal.</b> Si enumera más de un Beneficiario Principal y no indica el porcentaje que se asignará entre ellos, o la suma del porcentajes no es 100%, los Beneficios se pagarán en partes iguales.</p>					
Nombre (primero, medio, último)		Relación		Número de Seguro Social	
Domicilio				Número de teléfono	
Nombre (primero, medio, último)		Relación		Número de Seguro Social	
Domicilio				Número de teléfono	
Nombre (primero, medio, último)		Relación		Número de Seguro Social	
Domicilio				Número de teléfono	
Nombre (primero, medio, último)		Relación		Número de Seguro Social	
Domicilio				Número de teléfono	
<p><b>Beneficiario(s) Contingente</b>  Un Beneficiario Contingente aplica solo si todos sus Beneficiarios Principales han fallecido. Si no indica el porcentaje que se asignará entre ellos, o la suma del porcentajes no es 100%, los Beneficios se pagarán en partes iguales.</p>					
Nombre (primero, medio, último)		Relación		Número de Seguro Social	
Domicilio				Número de teléfono	
Nombre (primero, medio, último)		Relación		Número de Seguro Social	
Domicilio				Número de teléfono	
<p>Sujeto a los términos de los documentos del Plan para el Plan de Salud y Bienestar de los Carpinteros de Estados del Oeste, el Plan de Vacaciones de Carpinteros de Estados del Oeste, el Plan de Pension de Carpinteros de Estados del Oeste, y el Plan de A anualidades de Carpinteros del Sudoeste, solicito que cualquier suma pagadero a un Beneficiario bajo dicho Plan después de mi muerte sea pagadero a los Beneficiarios enumerados anteriormente. Por la presente revoco todas las designaciones de Beneficiarios realizadas previamente por mí en virtud de dicho Plan.</p> <p>Para agregar Beneficiarios adicionales, designar beneficiarios alternativos por Plan y/o designar un Beneficiario del Plan de A anualidades de Carpinteros del Sudoeste que no sea su cónyuge, vaya a <a href="http://csacbenefits.org">csacbenefits.org</a> para descargar el Formulario de Designación de Beneficiarios por Plan. Para obtener ayuda, comuníquese con la Oficina Administrativa al (213) 386-8590 o al (800) 293-1370.</p>					
Firma				Fecha	