



THE WESTERN CONFERENCE OF TEAMSTERS PENSION TRUST

FORMA DE DESIGNACION DEL BENEFICIARIO PARA PARTICIPANTES JUBILADOS

Nombre del participante

Escriba con tinta y letra de molde o con máquina nombre inicial apellido

Número de Seguro Social

Por favor, marque el cuadro apropiado de abajo la manera en que Ud. deseé que se paguen sus Beneficios por Muerte pagables bajo el Plan de Pensiones Western Conference of Teamsters a su(s) beneficiario(s). En el espacio de abajo, indique a la persona o personas que Ud. desea designar como el beneficiario(s) para recibir los beneficios por muerte pagables cuando Ud. muera. Ud. puede designar a cualquier persona o personas, o incluir los beneficios como parte de sus bienes personales. **Nota Importante:** Si Ud. está casado(a) y NO nombra a su cónyuge como su único beneficiario, se requiere que su cónyuge complete la porción de abajo de esta forma, dando el consentimiento para la designación del beneficiario(s) indicado por Ud.

ESCOJA UNO:

Yo pido que cualquier beneficio por muerte pagable bajo el Plan de Pensiones Western Conference of Teamsters sea pagado al primer beneficiario nombrado abajo que me sobreviva. Yo pido que cualquier beneficio por muerte pagable bajo el Plan de Pensiones Western Conference of Teamsters sea pagado en partes iguales a los beneficiarios nombrados abajo que me sobrevivan.

1	Nombre _____	#SS _____	Parentesco _____
	Dirección _____	#de Teléfono (____) -	
2	Nombre _____	#SS _____	Parentesco _____
	Dirección _____	#de Teléfono (____) -	
3	Nombre _____	#SS _____	Parentesco _____
	Dirección _____	#de Teléfono (____) -	
4	Nombre _____	#SS _____	Parentesco _____
	Dirección _____	#de Teléfono (____) -	

Firma del participante _____ Fecha _____

La siguiente sección debe ser completada si la fecha en que su pensión entró en vigor es después de 1991.

CONSENTIMIENTO DEL CONYUGE EN LA DESIGNACION DEL BENEFICIARIO

Para ser completada por el(la) cónyuge si el(la) no está designado como el único beneficiario

Nota Especial: Si su cónyuge eligió alguna de las dos formas de Pensión para el Empleado y Cónyuge, Ud. será elegible para este beneficio de por vida. Esta designación no afecta a este beneficio.

Yo doy mi consentimiento para la designación del beneficiario(s) que mi cónyuge indicó arriba. Entiendo que cuando mi cónyuge se muera, posiblemente yo no sea elegible para ningún beneficio por muerte pagable bajo el Fondo Fiduciario de Pensiones Western Conference of Teamsters.

Nombre del (la) Cónyuge _____ No. de Seguro Social _____

Firma del (la) Cónyuge _____ Fecha _____

Para ser completada por un testigo autorizado o un Notario Público

La firma del cónyuge que se encuentra arriba debe ser atestiguada por un empleado autorizado de las Oficinas Administrativas del Plan del Área o por un Notario Público antes de que esta forma sea reconocida por el Fondo Fiduciario de Pensiones. La siguiente declaración debe ser completada por el testigo al momento de la firma del cónyuge.

Por medio de ésta, certifico que conozco o tengo evidencia satisfactoria de que el Sr(a). _____ es la persona que se presentó ante mí, y dicha persona certificó que él o ella firmó el Consentimiento del Cónyuge en la Designación del Beneficiario y confirmó que fue un acto libre y voluntario para el uso y propósitos arriba mencionados.

Si el testigo es un empleado autorizado del Fondo Fiduciario:

Firma del Testigo _____ Fecha _____

(Debe ser un empleado de la Oficina Administrativa del Plan del Área)

Nombre del Testigo con Letra de Molde _____ Oficina Administrativa _____

Si el testigo es un Notario Público

Estado _____ Condado de _____ Fecha _____

Firma _____ Título _____

Devuélvala o Envíela a:	Noroeste/Área de las Montañas Rocosas 2323 Eastlake Avenue East Seattle, WA 98102-3305 (800) 531-1489 ó (206) 329-4900	Área del Norte de California 1000 Marina Boulevard, Suite 400 Brisbane, CA 94005-1841 (800) 845-4162 ó (650) 570-7300	Área del Suroeste 225 South Lake Avenue, Suite 1200 Pasadena, CA 91101-3005 (866) 648-6878 ó (626) 463-6100
--------------------------------	---	--	--