



Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte
Fondos de Beneficios

Oficina de Connecticut
10 Broadway
Hamden, CT 06518
www.ctcarpentersfunds.org
Phone: 800-922-6026
Fax: 203-230-5958

**FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO
PARA LOS FONDOS DE PENSIÓN, ANUALIDAD, BENEFICIOS DE SALUD Y VACACIONES**

**Las cuatro (4) páginas deben ser firmadas y enviadas para ser procesadas.
El no hacerlo, resultará que el formulario no sea aceptado.**

ESTADO CIVIL: Casado(a) Casado(a) Nuevamente Soltero(a) – Nunca Casado(a)
 Divorciado(a) Viudo(a)

Por Favor complete el siguiente formulario para identificar los beneficiarios del fondo para su Pensión, Anualidad, Beneficios de Salud y Vacaciones. Si usted está casado(a) en la actualidad, por favor identifique un (1) beneficiario para los Fondos de su Pensión y Anualidad, ya que esta persona le servirá como su beneficiario principal. La designación de su beneficiario principal es anulada luego de un divorcio y un nuevo formulario de beneficiario principal debe ser completado. Por otro lado, si usted ha estado Divorciado anteriormente, por favor, envíe una copia de su certificado de divorcio y todos los documentos relacionados. Si usted es viudo(a), por favor envíe una copia del acta de defunción de su esposo(a) fallecido(a). **Si usted desea asignar más de dos (2) beneficiarios, por favor comuníquese con la Oficina de Fondos para completar un segundo formulario.**

**CARPINTEROS DE LOS ESTADOS DEL ATLÁNTICO NORTE
FONDOS DE PENSIÓN**

Yo, por medio de la presente, otorgo (al) o (los) beneficiarios siguientes: **Si usted desea designar más de dos (2) beneficiarios, por favor contacte a la oficina de fondo para que un segundo formulario sea completado.**

(Si usted ha estado casado por lo menos un año, usted debe detallar a su esposo(a) como beneficiario(a), Él/ ella servirá como principal y único beneficiario).

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Por Favor escriba en letra de Molde)		
Relación al Miembro		Teléfono: ()
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		
Número del Seguro Social		
Fecha de Nacimiento (Mes/Dia/Año)		

Beneficiario Adicional (opcional, solo si no está casado(a))

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Por Favor escriba en letra de Molde)		
Relación al Miembro		Teléfono: ()
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		
Número del Seguro Social		
Fecha de Nacimiento (Mes/Dia/Año)		

**CARPINTEROS DE LOS ESTADOS DEL ATLÁNTICO NORTE
FONDOS DE VACACIONES**

El beneficiario principal y el beneficiario contingente que usted ha designado para su Plan de Pensión servirá como su beneficiario principal y contingente para el Fondo de Vacaciones.

Firma del Miembro

Firma del Testigo

Fecha

ESTE FORMULARIO DEBE SER ATESTIGUADO POR ALGUIEN QUE NO ESTÉ NOMBRADO EN ESTE FORMULARIO

**CARPINTEROS DE LOS ESTADOS DEL ATLÁNTICO NORTE
FONDOS DE ANUALIDAD**

Yo, por medio de la presente, otorgo (al) o (los) beneficiarios siguientes: Si usted desea designar más de dos (2) beneficiarios, por favor contacte a la oficina de fondo para que un segundo formulario sea completado. Si usted tiene una cuenta en el Fondo de Anualidad Garantizada de los Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte, usted debe completar un formulario por separado para designar los beneficiarios de ese Fondo.

(Si usted ha estado casado por lo menos un año, usted debe detallar a su esposo(a) como beneficiario(a), Él/ ella servirá como principal y único beneficiario). Si usted está casado(a) y tiene más de 35 años de edad, usted puede designar a alguien más en adición a su esposo(a), asegurándose que su esposo(a) complete la exención del formulario de Beneficio de Pre-Retiro de Muerte. Por Favor comuníquese con la Oficina de Fondos para obtener un formulario.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Por Favor escriba en letra de Molde)		
Relación al Miembro		Teléfono: ()
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		
Número del Seguro Social		
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		

Beneficiario Adicional (opcional, solo si no está casado(a))

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Por Favor escriba en letra de Molde)		
Relación al Miembro		Teléfono: ()
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		
Número del Seguro Social		
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		

**CARPINTEROS DE LOS ESTADOS DEL ATLÁNTICO NORTE
FONDOS DE BENEFICIOS DE SALUD Seguro de Vida**

Yo, por medio de la presente, otorgo (al) o (los) beneficiarios siguientes: Si usted desea designar más de dos (2) beneficiarios, por favor contacte a la oficina de fondo para que un segundo formulario sea completado.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Por Favor escriba en letra de Molde)		
Relación al Miembro		Teléfono: ()
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		
Número del Seguro Social		
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Por Favor escriba en letra de Molde)		
Relación al Miembro		Teléfono: ()
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		
Número del Seguro Social		
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		

Firma del Miembro

Firma del Testigo

Fecha

ESTE FORMULARIO DEBE SER ATESTIGUADO POR ALGUIEN QUE **NO** ESTÉ NOMBRADO EN ESTE FORMULARIO

**BENEFICIARIO CONTINGENTE (SECUNDARIO) DESIGNACIÓN DE:
LOS FONDOS DE PENSIÓN, ANUALIDAD, BENEFICIOS DE SALUD Y VACACIONES**

Yo, por medio de la presente otorgo (al) o (los) los siguientes beneficiario(s) contingentes a recibir en su totalidad el beneficio de muerte por el cual Yo pueda calificar bajo el Fondo de Pensión de los Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte, Fondos de Anualidad de los Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte, Fondo de Beneficios de Salud de los Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte, y el Fondo de Vacaciones de los Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte, si al momento de mi muerte, mi beneficiario principal no este con vida.

CARPINTEROS DE LOS ESTADOS DEL ATLÁNTICO NORTE FONDOS DE PENSIÓN

Yo, por medio de la presente, otorgo (al) o (los) beneficiarios siguientes: Si usted desea designar más de dos (2) beneficiarios, por favor contacte a la oficina de fondo para que un segundo formulario sea completado.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Por Favor escriba en letra de Molde)		Fecha de Nacimiento
Relación al Miembro		Tel: ()
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Por Favor escriba en letra de Molde)		Fecha de Nacimiento
Relación al Miembro		Tel: ()
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		

CARPINTEROS DE LOS ESTADOS DEL ATLÁNTICO NORTE FONDOS DE ANUALIDAD

Yo, por medio de la presente, otorgo (al) o (los) beneficiarios siguientes: Si usted desea designar más de dos (2) beneficiarios, por favor contacte a la oficina de fondo para que un segundo formulario sea completado.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Por Favor escriba en letra de Molde)		Fecha de Nacimiento
Relación al Miembro		Tel: ()
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Por Favor escriba en letra de Molde)		Fecha de Nacimiento
Relación al Miembro		Tel: ()
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		

**CARPINTEROS DE LOS ESTADOS DEL ATLÁNTICO NORTE FONDOS DE BENEFICIOS DE SALUD
Seguro de Vida**

Yo, por medio de la presente, otorgo (al) o (los) beneficiarios siguientes: Si usted desea designar más de dos (2) beneficiarios, por favor contacte a la oficina de fondo para que un segundo formulario sea completado.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Por Favor escriba en letra de Molde)		Fecha de Nacimiento
Relación al Miembro		Tel: ()
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		

Firma del Miembro

Firma del Testigo

Fecha

ESTE FORMULARIO DEBE SER ATESTIGUADO POR ALGUIEN QUE **NO** ESTÉ NOMBRADO EN ESTE FORMULARIO

Usted debe seleccionar una de las siguientes opciones:

- Si luego de mi muerte, Yo tengo más de un beneficiario designado y uno de los beneficiarios muere antes que yo, por favor divida el balance de mi beneficio de muerte al resto de mis beneficiarios.
- Si luego de mi muerte, Yo tengo más de un beneficiario designado y uno de los beneficiarios muere antes que yo, por favor divida el balance de mi beneficio de muerte entre los hijos del beneficiario fallecido.

El Miembro debe proporcionar la información siguiente para validar todos los beneficiarios detallados anteriormente:

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Por Favor escriba en letra de Molde)	
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	
UBC #	
Número de Seguro Social	
Fecha de Nacimiento	
Correo Electrónico	
Sindicato Local	
Número de Teléfono	

Firma del Miembro

Firma del Testigo

Fecha

ESTE FORMULARIO DEBE SER ATESTIGUADO POR ALGUIEN QUE **NO** ESTÉ NOMBRADO EN ESTE FORMULARIO

Para cambiar su beneficiario, usted debe completar otro formulario. Luego de haber recibido otro nuevo formulario, todos los formularios de beneficiarios anteriores serán considerados nulos y cancelados.

Tan Pronto su formulario de Designación de Beneficiario sea procesado, usted podrá revisar sus beneficiarios en el portal de Auto Servicio para miembros en:
<https://selfservice.carpentersfund.org>

Los formularios completos deben ser enviados a la dirección siguiente:

Fondo de Beneficios para Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte
Oficina de Connecticut
ATTN: Servicios al Miembro
10 Broadway
Hamden, CT 06518