



North Atlantic States CARPENTERS BENEFIT FUNDS

Long Island Office
270 Motor Parkway
Hauppauge, NY 11788
Phone: 877-372-3236
Fax: 631-952-9813
carpentersfund.org

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, 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.**

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.

NOMBRE DEL MIEMBRO (Por Favor escriba en letra de Molde)	
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	
UBC #	
Número de Seguro Social	
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	
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.

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

Si usted ha estado Casado(a) al menos por un año, usted debe nombrar a su esposo(a) como beneficiario, él o ella servirán como principal y único beneficiario.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO-PRINCIPAL (Por Favor escriba en letra de Molde)			
Relación al Miembro		Teléfono:	
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)			
Los 4 últimos dígitos de Número del Seguro Social			
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		% del Beneficio	

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

NOMBRE DEL BENEFICIARIO-PRINCIPAL (Por Favor escriba en letra de Molde)			
Relación al Miembro		Teléfono:	
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)			
Los 4 últimos dígitos de Número del Seguro Social			
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		% del Beneficio	

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

Si usted ha estado Casado(a) al menos por un año, usted debe nombrar a su esposo(a) como beneficiario, él o ella servirán como principal y único beneficiario.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO-PRINCIPAL (Por Favor escriba en letra de Molde)			
Relación al Miembro		Teléfono:	
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)			
Los 4 últimos dígitos de Número del Seguro Social			
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		% del Beneficio	

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

NOMBRE DEL BENEFICIARIO-PRINCIPAL (Por Favor escriba en letra de Molde)			
Relación al Miembro		Teléfono:	
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)			
Los 4 últimos dígitos de Número del Seguro Social			
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		% del Beneficio	

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 BENEFICIOS DE SALUD Y VACACIONES**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO-PRINCIPAL (Por Favor escriba en letra de Molde)			
Relación al Miembro		Teléfono:	
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)			
Los 4 últimos dígitos de Número del Seguro Social			
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		% del Beneficio	

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

NOMBRE DEL BENEFICIARIO-PRINCIPAL (Por Favor escriba en letra de Molde)			
Relación al Miembro		Teléfono:	
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)			
Los 4 últimos dígitos de Número del Seguro Social			
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		% del Beneficio	

**BENEFICIARIO POR DESIGNACIÓN DE CONTINGENCIA
DE LOS FONDOS DE PENSIÓN, ANUALIDAD, BENEFICIOS DE SALUD Y VACACIONES**

Yo, por medio de la presente, otorgo (al) o (los) beneficiarios siguientes a recibir en su totalidad el beneficio contingente de muerte por el cual yo pueda calificar bajo los beneficios del Fondo de Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte, si al momento de mi muerte, mi beneficiario principal no está vivo.

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

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Por Favor escriba en letra de Molde)			
Relación al Miembro		Teléfono:	
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)			
Los 4 últimos dígitos de Número del Seguro Social			
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		% del Beneficio	

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Por Favor escriba en letra de Molde)			
Relación al Miembro		Teléfono:	
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)			
Los 4 últimos dígitos de Número del Seguro Social			
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		% del Beneficio	

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

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Por Favor escriba en letra de Molde)			
Relación al Miembro		Teléfono:	
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)			
Los 4 últimos dígitos de Número del Seguro Social			
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		% del Beneficio	

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Por Favor escriba en letra de Molde)			
Relación al Miembro		Teléfono:	
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)			
Los 4 últimos dígitos de Número del Seguro Social			
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		% del Beneficio	

CARPINTEROS DE LOS ESTADOS DEL ATLÁNTICO NORTE FONDOS DE BENEFICIOS DE SALUD Y VACACIONES

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Por Favor escriba en letra de Molde)			
Relación al Miembro		Teléfono:	
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)			
Los 4 últimos dígitos de Número del Seguro Social			
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		% del Beneficio	

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Por Favor escriba en letra de Molde)			
Relación al Miembro		Teléfono:	
Dirección (No. Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)			
Los 4 últimos dígitos de Número del Seguro Social			
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		% del Beneficio	

Firma del Miembro

Firma del Testigo

Fecha

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

Los formularios completos deben ser enviados a la dirección siguiente:
Fondo de Beneficios para Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte
 Oficina de Long Island
 Attn: Servicios al Miembro
 270 Motor Pkwy
 Hauppauge, NY 11788