



Fondos Fiduciarios de los Albañiles de Cemento del Norte de California

4160 Dublin Blvd. Suite 100, Dublin, CA 94568

Teléfono: (707) 864-3300 • LÍNEA GRATUITA (888) 245-5005

E-Mail Address: nccmenrollment@hsba.com

Formulario de Designación de Beneficiarios

Complete este formulario para designar a uno o más beneficiarios de uno o más de los Fondos y devuélvalo a la Oficina del Fondo lo antes posible.



Las reglas de designación de beneficiarios para la Pensión difieren de las de Vacaciones y de Muerte y Desmembramiento Accidental del Fondo de Salud y Bienestar; consulte la Descripción Resumida del Plan (SPD), así como el documento de Reglas y Reglamentos del plan, para conocer todos los requisitos de cada uno.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

(Escriba claramente con bolígrafo de tinta)

Apellido:	Primer Nombre:	Medio:
Número De Seguro Social	Fecha De Nacimiento: Mes Día Año	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
Domicilio Residencial (No Apartado Postal):		Estado Civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a)
Calle	Ciudad	Estado
		Código Postal

Si se designa a más de un beneficiario y no se especifican sus respectivos porcentajes, compartirán en partes iguales.

Si no se ha designado beneficiario, si este no reúne los requisitos o si un beneficiario designado fallece antes de que se pague el Beneficio por Fallecimiento o el Beneficio por Muerte Accidental, dicho beneficio se pagará al cónyuge legal del Participante, si vive; si no hay cónyuge legal al momento del pago, el pago podrá hacerse a uno o más de los siguientes familiares sobrevivientes del Participante:

hijo o hijos; madre, padre, hermanos o hermanas; o al patrimonio del Participante, según lo determine la Junta a su entera discreción.

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

(Escriba claramente con bolígrafo de tinta)

	Nombre Legal Completo (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Fecha de Nacimiento (MES/DÍA/AÑO)	Número de Seguro Social	Parentesco	Porcentaje Designado (ej.: 50%, 30%, 20%)
☐ Agregar ☐ Eliminar				☐ Cónyuge ☐ Otro	
☐ Agregar ☐ Eliminar				☐ Hijo(a) ☐ Otro	
☐ Agregar ☐ Eliminar				☐ Hijo(a) ☐ Otro	
☐ Agregar ☐ Eliminar				☐ Hijo(a) ☐ Otro	

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO DE VACACIONES Y DÍAS FESTIVOS

(Escriba claramente con bolígrafo de tinta)

	Nombre Legal Completo (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Fecha de Nacimiento (MES/DÍA/AÑO)	Número de Seguro Social	Parentesco	Porcentaje Designado (ej.: 50%, 30% y 20%)
☐ Agregar ☐ Eliminar				☐ Cónyuge ☐ Otro	
☐ Agregar ☐ Eliminar				☐ Hijo(a) ☐ Otro	
☐ Agregar ☐ Eliminar				☐ Hijo(a) ☐ Otro	
☐ Agregar ☐ Eliminar				☐ Hijo(a) ☐ Otro	

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO DE PENSIÓN (Escriba claramente con bolígrafo de tinta)

** La designación Conjunta y de Sobreviviente se aplica únicamente al cónyuge

*** La designación de Pago Único se aplica únicamente si su cónyuge no le sobrevive después de la jubilación

	Nombre Legal Completo (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Fecha de Nacimiento (MES/DÍA/AÑO)	Número de Seguro Social	Parentesco	Tipo de Designación
☐ Agregar ☐ Eliminar				☐ Cónyuge	☐ Conjunta y de Sobreviviente ☐ Pago Único
☐ Agregar ☐ Eliminar				☐ Hijo(a) ☐ Padre/Madre ☐ Hermano(a)	☐ Pago Único
☐ Agregar ☐ Eliminar				☐ Hijo(a) ☐ Padre/Madre ☐ Hermano(a)	☐ Pago Único
☐ Agregar ☐ Eliminar				☐ Hijo(a) ☐ Padre/Madre ☐ Hermano(a)	☐ Pago Único

☐ Se adjunta una lista de beneficiarios adicionales. (Si corresponde, marque la casilla y adjunte una lista.)

Todas las pensiones se pagarán en forma de Pensión Conjunta y de Sobreviviente, salvo que el Participante haya presentado por escrito ante la Junta, dentro del plazo correspondiente, una elección para renunciar a esa modalidad de pensión, sujeta a todas las condiciones.

- A. Un Participante puede elegir renunciar a una Pensión Conjunta y de Sobreviviente con el consentimiento de su cónyuge, y puede revocar esa elección en cualquier momento antes de la Fecha de Vigencia de la Pensión, es decir, antes del primer día del primer mes por el cual corresponda un pago. No se aceptarán cambios después de que se haya emitido el primer cheque de beneficios.
- B. La elección y el consentimiento deben ser presenciados por un Representante autorizado del Fondo o por un Notario Público. No se requiere consentimiento si se ha demostrado, a satisfacción de un Representante del Fondo, que no puede obtenerse porque no existe cónyuge o no se puede localizar al cónyuge.

CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE (Escriba claramente con bolígrafo de tinta)

Por la presente certifico, bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California, que reconozco y apruebo al beneficiario o a los beneficiarios designados anteriormente para recibir los beneficios de Pensión.

FIRMA DEL CÓNYUGE:

FECHA:

REPRESENTANTE DEL FONDO /

FIRMA DEL NOTARIO:

FECHA:

El Fondo podrá pagar cualquier beneficio vencido y pagadero, pero no efectivamente pagado antes del fallecimiento de un Pensionado o Beneficiario, a cualquier persona o institución que el Fondo determine que tiene derecho equitativo al pago. El monto restante se pagará a uno o más de los familiares sobrevivientes del Pensionado o Beneficiario en el siguiente orden: cónyuge legal, hijo o hijos, padre o madre, hermano o hermanas, o al patrimonio del Pensionado o Beneficiario.

DECLARACIÓN DEL MIEMBRO SOBRE BENEFICIARIOS

Por la presente certifico, bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California, que la información proporcionada en este formulario es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender.

FIRMA:

FECHA: