

Apellido	Nombre	MI	Número de Seguro Social
----------	--------	----	-------------------------

FIDEICOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO

Beneficiario(s) principal(es)

Enumere la(s) persona(s) que deben recibir su Beneficio de Seguro de Vida del Plan de Salud y Bienestar en caso de su fallecimiento.

Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de nacimiento
Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de nacimiento
Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de nacimiento

Beneficiario(s) secundario(s)

A los Beneficiarios Secundarios se les pagará en caso de que todos los Beneficiarios Primarios hayan fallecido en el momento de su fallecimiento o la Oficina Administrativa no pueda localizar a su(s) Beneficiario(s) Primario(s).

Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de nacimiento
Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de nacimiento
Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de nacimiento

Sujeto a los términos de los Acuerdos de Fideicomiso del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar, solicito que cualquier cantidad se pague a un beneficiario bajo dicho Fideicomiso después de mi fallecimiento sea pagadera a los beneficiarios enumerados anteriormente. Por la presente, revoco todas las designaciones de beneficiarios hechas previamente por mí bajo del Fideicomiso.

Firma	Fecha

Apellido	Nombre	MI	Número de Seguro Social
----------	--------	----	-------------------------

FIDEICOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE PENSIONES DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO

Beneficiario(s) principal(es)

Enumere de la(s) persona(s) que deberían recibir sus beneficios del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Pensiones en caso de su fallecimiento. Tenga en cuenta que las reglas del Plan dictan que su cónyuge legal será considerado automáticamente su Beneficiario para los beneficios del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Pensiones.

Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de nacimiento
Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de nacimiento
Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de nacimiento

Beneficiario(s) secundario(s)

A los Beneficiarios Secundarios se les pagará en caso de que todos los Beneficiarios Primarios hayan fallecido en el momento de su fallecimiento o la Oficina Administrativa no pueda localizar a su(s) Beneficiario(s) Primario(s).

Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de nacimiento
Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de nacimiento
Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de nacimiento

Sujeto a los términos de los Acuerdos de Fideicomiso del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Pensiones, solicito que cualquier cantidad se pague a un beneficiario bajo dichos Fideicomisos después de mi fallecimiento sea pagadera a los beneficiarios enumerados anteriormente. Por la presente, revoco todas las designaciones de beneficiarios hechas previamente por mí bajo del Fideicomiso.

Nota: Las reglas del Plan dictan que su cónyuge legal será considerado automáticamente su Beneficiario para los beneficios del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Pensiones.

Firma	Fecha

Apellido	Nombre	MI	Número de Seguro Social
----------	--------	----	-------------------------

FIDEICOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE ANUALIDAD DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO

Beneficiario(s) principal(es)

Enumere de la(s) persona(s) que deberían recibir sus beneficios del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Anualidad en caso de su fallecimiento. Tenga en cuenta que las reglas del Plan dictan que su cónyuge legal será considerado automáticamente su Beneficiario para los beneficios del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Anualidad.

Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de nacimiento
Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de nacimiento
Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de nacimiento

Beneficiario(s) secundario(s)

A los Beneficiarios Secundarios se les pagará en caso de que todos los Beneficiarios Primarios hayan fallecido en el momento de su fallecimiento o la Oficina Administrativa no pueda localizar a su(s) Beneficiario(s) Primario(s).

Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de nacimiento
Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de nacimiento

Sujeto a los términos de los Acuerdos de Fideicomiso del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Anualidad, solicito que cualquier cantidad se pague a un beneficiario bajo dicho Fideicomiso después de mi fallecimiento sea pagadera a los beneficiarios enumerados anteriormente. Por la presente, revoco todas las designaciones de beneficiarios hechas previamente por mí bajo del Fideicomiso. Entiendo que si estoy legalmente casado, mi cónyuge será el beneficiario de cualquier beneficio de anualidad pagadero a menos que él / ella consienta en nombrar a un beneficiario diferente. El consentimiento del cónyuge debe ser notariado (ver reverso) para ser efectivo para los beneficios de pensión o anualidad.

Firma del participante	Fecha

Por lo presente yo, _____ consiento el nombramiento de los beneficiarios antes mencionados.
(Nombre del cónyuge)

Firma del cónyuge	Fecha

ACKNOWLEDGEMENT

This Notary Public section only needs to be filled out by the qualified spouse in order to satisfy the requirements of the Annuity Plan.

State of _____

County of _____

A Notary Public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

On _____ before me, _____ (insert Nombre and title of the officer), personally appeared _____, who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose Nombre(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of _____ that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature _____ (Seal)

Apellido	Nombre	MI	Número de Seguro Social
----------	--------	----	-------------------------

FIDEICOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE VACACIONES DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO

Beneficiario(s) principal(es)

Enumere la(s) persona(s) que deben recibir su balance de sus Beneficios de Vacaciones en caso de su fallecimiento.

Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de nacimiento
Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de nacimiento
Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de nacimiento

Beneficiario(s) secundario(s)

A los Beneficiarios Secundarios se les pagará en caso de que todos los Beneficiarios Primarios hayan fallecido en el momento de su fallecimiento o la Oficina Administrativa no pueda localizar a su(s) Beneficiario(s) Primario(s).

Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de nacimiento
Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de nacimiento
Nombre	Relación	Número de Seguro Social	% de beneficio
Domicilio		Número de Teléfono	Fecha de nacimiento

Sujeto a los términos de los Acuerdos de Fideicomiso del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Vacaciones, solicito que cualquier cantidad se pague a un beneficiario bajo dicho Fideicomiso después de mi fallecimiento sea pagadera a los beneficiarios enumerados anteriormente. Por la presente, revoco todas las designaciones de beneficiarios hechas previamente por mí bajo del Fideicomiso.

Firma	Fecha