



**THE WESTERN CONFERENCE OF TEAMSTERS PENSION TRUST**

**FORMA DE DESIGNACION DEL BENEFICIARIO PARA PARTICIPANTES NO JUBILADOS**

**Nombre del participante** \_\_\_\_\_

*Escriba con tinta y letra de molde o con máquina nombre*

*inicial apellido*

**Número de Seguro Social del Participante** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Dirección Postal** \_\_\_\_\_

*Número y calle*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad*

\_\_\_\_\_  
*Estado*

\_\_\_\_\_  
*Código Postal*

**Local de la Unión (Sindicato)** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

*Area*

**Dirección de correo electrónico** \_\_\_\_\_

*Solamente marque un cuadro (abajo); luego indique los Beneficiarios del Plan en las líneas proporcionadas. Si necesita más espacio, use el dorso de esta forma.*

**Paguen mis beneficios de muerte al primer beneficiario indicado abajo que me sobreviva.**



**Paguen mis beneficios de muerte en partes iguales a los beneficiarios abajo indicados 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** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**5**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **#SS** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Parentesco** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **#de Teléfono** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Firma del participante** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Información Importante:** Como participante del Plan, usted puede hacer o cambiar el nombramiento del Beneficiario(s) del Plan en cualquier momento. Para entrar en vigor, la designación o cambio debe hacerse por escrito en la forma apropiada y debe de ser entregada a la Oficina Administrativa del Area antes de su muerte. Esta designación de Beneficiario(s) cancela cualquier designación previa que usted haya hecho. Si no marca una casilla que indique cómo desea que se paguen sus beneficios, cualquier cantidad pagadera se compartirá en partes iguales entre los beneficiarios designados enumerados a menos que se especifique lo contrario. Si usted no hace una designación válida del Beneficiario del Plan, o si ningún Beneficiario del Plan designado por usted de una manera válida le sobrevive, el Beneficiario(s) de su Plan será(n) la persona(s) que le sobreviva en la primera clase de sobrevivientes en el siguiente orden: 1. Cónyuge 2. Hijos 3. Padres 4. Hermanos 5. Bienes

*Para uso de la Oficina Administrativa*

*Envíela a:*

Western Conference of Teamsters Pension Plan  
2323 Eastlake Avenue East  
Seattle, WA 98102-3393

**¿Tiene Preguntas? Llame gratis 1-800-531-1489**

**Noroeste/Oficina de las Montañas Rocosas**  
(206) 329-4900

**Oficina del Norte de California**  
(650) 570-7300

**Oficina del Suroeste**  
(626) 463-6100