



PLAN MÉDICO Y DE BIENESTAR DEL FIDEICOMISO DE EMPLEADOS PINTORES

Formulario de designación de beneficiario Beneficios por muerte y desmembramiento accidental

Nombre y apellido del afiliado: _____ Número de seguridad social: _____

| | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|-----------|--|
| NOMBRE DEL BENEFICIARIO DESIGNADO: (Beneficiario principal) | | Fecha de nacimiento: | | N.º de SS | |
| Vínculo | | Porcentaje de beneficio a recibir | | | |
| Teléfono | | Domicilio: | | | |

| | | | | | |
|--------------------------|--|-----------------------------------|--|-----------|--|
| NOMBRE DEL BENEFICIARIO: | | Fecha de nacimiento: | | N.º de SS | |
| Vínculo | | Porcentaje de beneficio a recibir | | | |
| Teléfono | | Domicilio: | | | |

| | | | | | |
|--------------------------|--|-----------------------------------|--|-----------|--|
| NOMBRE DEL BENEFICIARIO: | | Fecha de nacimiento: | | N.º de SS | |
| Vínculo | | Porcentaje de beneficio a recibir | | | |
| Teléfono | | Domicilio: | | | |

| | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|-----------|--|
| NOMBRE DEL BENEFICIARIO CONDICIONAL (Beneficiario secundario) | | Fecha de nacimiento: | | N.º de SS | |
| Vínculo | | Porcentaje de beneficio a recibir | | | |
| Teléfono | | Domicilio: | | | |

Designación de guarda y custodia

Si mi beneficiario mencionado anteriormente es menor de edad, por la presente designo a (nombre y apellido completos en letra de imprenta) _____ para actuar como persona a cargo de la guarda y custodia para recibir tales beneficios en nombre de dicho niño (o niños). Entiendo que puedo cambiar esta designación de guarda y custodia en cualquier momento. También entiendo que si no nombro a una persona a cargo de la guarda y custodia, los padres naturales del menor serán designados automáticamente como custodios. También entiendo que si el monto de la beneficio supera los \$10,000 y no nombro a una persona a cargo de la guarda y custodia, el beneficio no podrá pagarse hasta que el Tribunal Superior designe a un custodio.

| | | | | | |
|---|--|---------------------|--|-----------|--|
| NOMBRE DE LA PERSONA A CARGO DE LA GUARDA Y CUSTODIA: | | Fecha de nacimiento | | N.º de SS | |
| Vínculo | | Domicilio: | | | |
| Teléfono | | | | | |

*Si designa a más de un beneficiario, se les pagarán los beneficios en partes iguales, a menos que usted establezca que reciban porcentajes diferentes en la parte indicada de este formulario. Por ejemplo, si nombra dos beneficiarios, puede indicar que uno reciba 75% y el otro 25%. Los beneficios se pagarán a la persona que usted designe como beneficiario secundario solo en el caso de que sus beneficiarios designados hayan fallecido. Si no designa a un beneficiario o si todos sus beneficiarios designados han fallecido, las beneficios se pagarán de acuerdo con las normas del Fideicomiso.

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____