

**ALBAÑILES DE PEDRERÍA Y MARMOLERÍA DEL ÁREA METROPOLITANA DE
WASHINGTON, D.C.**

FONDO DE FIDEICOMISO DE PENSIONES

PO Box 1302

Troy, MI 48099

Teléfono 410-872-9500 Fax 410-872-1275

SOLICITUD DE PENSIÓN

(ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN CLARAMENTE EN
LETRA DE MOLDE)

(Lea las instrucciones antes de llenar esta solicitud)

Este folleto incluye una breve descripción de algunas de las disposiciones del Plan de Pensión. Para ver las disposiciones más detalladas y específicas del Plan consulte el Resumen de la Descripción del Plan, donde puede leer una descripción del Plan en lenguaje sencillo y consultar el Plan mismo para obtener una descripción técnica de las disposiciones del Plan de Pensión que rigen.

**COPIAS DE DOCUMENTOS QUE SE NECESITAN CON LA SOLICITUD
(Si corresponde)**

- Acta de nacimiento del miembro
- Acta de nacimiento del cónyuge
- Acta de matrimonio
- Número de Seguro Social del cónyuge
- Sentencia de divorcio/Acuerdo de separación de un matrimonio anterior (si corresponde)

Fondo de Fideicomiso de Pensión de los Albañiles de Pedrería y Marmolería del Área Metropolitana de Washington, DC
PO Box 1302
Troy, MI 48099
Teléfono 410-872-9500 Fax 410-872-1275

Procedimiento para iniciar su beneficio de pensión

Antes de que puedan comenzar sus pagos de pensión, debe llenar el Formulario de Solicitud de Pensión y el Formulario de Elección del Beneficio y entregarlos en la Oficina del Fondo.

El Formulario de Elección del Beneficio se debe completar dentro del período de 180 días antes de la Fecha de Vigencia del Beneficio (la "Fecha de Vigencia del Beneficio" es la fecha en la que usted desea que comience su pensión - no la fecha en la que reciba su primer cheque de pensión, que es usualmente después de la Fecha de Vigencia del Beneficio, debido al retraso administrativo para comenzar su beneficio. Para obtener una descripción más completa de este término, consulte la primera página del Formulario de Elección del Beneficio). Si llena el Formulario de Elección del Beneficio antes de que comience el período de 180 días, debe llenar un Formulario de Elección del Beneficio nuevo. Si completa el Formulario de Elección del Beneficio en la Fecha de Vigencia del Beneficio o después, puede ser necesario que elija una Fecha de Vigencia del Beneficio posterior. Para obtener más información, comuníquese con la Oficina del Fondo:

Antes de que complete el Formulario de Elección del Beneficio, es importante que entienda los diferentes tipos de pagos de pensión disponibles para usted. La Explicación de las Formas de Pago de la Pensión fue preparada para ayudarle a familiarizarse con los diferentes tipos de Pensión. Dicha explicación incluye información que muestra el efecto financiero relativo de seleccionar varias formas de pago de la pensión.

Como se puede ver de lo anterior, por lo general, será necesario que usted le provea a la Oficina del Fondo su Formulario de Solicitud de Pensión y Formulario de Elección del Beneficio completos antes de la Fecha de Vigencia del Beneficio. Debido a esto, por lo general, la Oficina del Fondo no podrá proveerle información sobre el beneficio real antes de completar los formularios. Si desea recibir información sobre el beneficio real, eso podría retrasar su Fecha de Vigencia del Beneficio.

Atentamente,

La Junta Directiva

SOLICITUD DE PENSIÓN

Después de ingresar su edad en su último cumpleaños, haga lo que sea necesario para obtener prueba de su edad y adjuntarla a su solicitud. Debe proveer uno de los tipos de prueba de edad que se enumeran a continuación. Si la tiene, debe proveer la prueba de más alto rango que sea posible en la lista porque, por lo general, esa prueba es más convincente. Por ejemplo, si tiene o puede obtener fácilmente un acta de nacimiento, la debe presentar en lugar de un acta de bautismo o una declaración de nacimiento de un registro de la iglesia. Si no tiene ninguna de estas pruebas, o no las puede obtener fácilmente, presente una de las pruebas indicadas en orden de rango más alto, en lugar de seleccionar una de rango más bajo. Tiene que adjuntar una copia fotostática de su prueba de edad, salvo que se le advierte que no se permiten copias fotostáticas de los DOCUMENTOS DE NATURALIZACIÓN, PASAPORTES DE LOS ESTADOS UNIDOS Y DOCUMENTOS DE INMIGRACIÓN. Si alguno de los siguientes documentos es la única prueba de edad que tiene, presente el documento original y se lo devolverán.

1. Acta de nacimiento.
2. Acta de bautismo o constancia de la fecha de nacimiento que aparece en un registro de la iglesia, certificado por el depositario de dicho registro.
3. Notificación de inscripción de un nacimiento en el registro civil.
4. Certificación de un registro de edad de la Oficina del Censo de EE. UU.
5. Registro de nacimiento en hospital, certificado por el depositario de dicho registro.
6. Documento que muestre aprobación de una pensión del Seguro Social.
7. Registro de una iglesia o gobierno extranjeros.
8. Una constancia firmada por el médico o la partera que asistió al parto sobre la fecha de nacimiento que se muestra en sus registros.
9. Registro de naturalización (NO SE PERMITE COPIA FOTOSTÁTICA; PRESENTE EL ORIGINAL).
10. Documentos de inmigración (NO SE PERMITE COPIA FOTOSTÁTICA; PRESENTE EL ORIGINAL).
11. Registro militar.
12. Pasaporte (NO SE PERMITE COPIA FOTOSTÁTICA; PRESENTE EL ORIGINAL).
13. Registro escolar, certificado por el depositario de dicho registro.
14. Registro de inmunización, certificado por el depositario de dicho registro.
15. Una póliza de seguro que indique la edad o fecha de nacimiento.
16. Registro de matrimonio que indique la fecha de nacimiento o la edad (una solicitud para obtener la licencia de matrimonio o registro de una iglesia, certificados por el depositario de dicho registro, o bien un acta de matrimonio).
17. Otra prueba, como declaraciones firmadas por personas que tienen conocimiento de la fecha de nacimiento, registros de votación, recibos tributarios, licencia de conductor, etc.

FONDO DE PENSIÓN DE LOS ALBAÑILES DE PEDRERÍA Y MARMOLERÍA DEL ÁREA METROPOLITANA DE WASHINGTON, D.C.
PARTE I
SOLICITUD DE PENSIÓN

(ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA)

1. NOMBRE (<i>Apellidos, nombre, segundo nombre</i>)		2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		3. FECHA DE NACIMIENTO
4. DIRECCIÓN RESIDENCIAL (<i>Número, calle o ruta rural</i>)		5. NÚMERO TELEFÓNICO DE LA CASA		
6. CIUDAD, PUEBLO O ESTACIÓN POSTAL		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	7. NÚMERO DE LA UNIÓN LOCAL
8. FECHA EN QUE PLANEA JUBILARSE (mes, día, año)	9. ¿TRABAJA USTED ACTUALMENTE? <input type="checkbox"/> SÍ (<i>Nombre del empleador actual</i>) <input type="checkbox"/> NO (<i>Nombre del último empleador</i>)			
10. FECHA EN QUE DEJÓ DE TRABAJAR O PLANEA DEJAR DE TRABAJAR				
11. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE: NOMBRE: _____ No. de Seg. Soc.: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____				
12. TIPO DE PENSIÓN SOLICITADA <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> TEMPRANA <input type="checkbox"/> TARDÍA <input type="checkbox"/> APLAZADA <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD <i>(Complete la sección de discapacidad)</i>				
PENSIÓN POR DISCAPACIDAD				
13. NATURALEZA DE LA DISCAPACIDAD (<i>Adjunte un informe de salud de su médico</i>)			14. FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DISCAPACIDAD	
			15. FECHA EN QUE DEJÓ DE TRABAJAR (mes, día, año)	
16. ¿HA SOLICITADO UNA INDEMNIZACIÓN DEL SEGURO SOCIAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <i>(Si la respuesta es SÍ, adjunte una copia de la indemnización a esta solicitud)</i> <i>(Si la respuesta es NO, debe presentar la solicitud al Seguro Social y recibir la indemnización antes de que se pueda tomar acción)</i>				
17. ¿ESTÁ ESTA DISCAPACIDAD CUBIERTA POR LA LEY DE COMPENSACIÓN A TRABAJADORES POR ACCIDENTES EN EL TRABAJO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
18. ¿RECIBE ACTUALMENTE BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN A TRABAJADORES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <i>(Si la respuesta es SÍ, adjunte una copia de la indemnización a esta solicitud)</i>				
19. ¿TIENE UNA RECLAMACIÓN PENDIENTE POR BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN A TRABAJADORES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <i>(Si la respuesta es SÍ, adjunte una hoja de papel con detalles sobre esta reclamación)</i>				
20. ¿HA RECIBIDO UNA LIQUIDACIÓN DE SUMA ÚNICA POR COMPENSACIÓN A TRABAJADORES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <i>(Si la respuesta es SÍ, ingrese el monto \$ _____)</i>				

Fondo Pensión de los Albañiles de Pedrería y Marmolería del Área Metropolitana de Washington, DC

PARTE II

DECLARACIÓN DE JUBILACIÓN

Nombre del miembro _____

Número de seguro social _____ Núm. del libro sindical _____

Al jubilarme con una pensión del Fondo de Pensión de los Albañiles de Pedrería y Marmolería de Washington D.C., declaro que quedaré obligado bajo las reglas y los reglamentos del Plan de Pensión según existan actualmente o sean enmendados en el futuro y que:

1. Entiendo que si me dedico a un empleo o actividad en el área geográfica de la jurisdicción geográfica del Sindicato Local, podría ser que los beneficios de jubilación no sean pagaderos durante los meses de dicha actividad y por tres meses adicionales.
2. Si acepto empleo en trabajos realizados regularmente por el Sindicato Local o en algún otro oficio de construcción, se lo notificaré a la Oficina del Fondo por escrito dentro de un plazo de 15 días después de ingresar a dicho empleo o actividad. El no hacerlo podría hacer que quede descalificado para recibir beneficios por un período adicional de no más de 12 meses.
3. Si recibo una Pensión por Discapacidad del Fondo, por este medio entiendo que no puedo dedicarme a ningún empleo remunerado, salvo aquel empleo que los Síndicos estimen que es solo para fines de rehabilitación y que no es incompatible con la definición de discapacidad total y permanente.
4. Entiendo que debo endosar personalmente cada cheque, a menos que haya obtenido aprobación del Fondo de Fideicomiso para recibir un depósito automático.
5. Fecha en que dejé de trabajar o planeo dejar de trabajar _____.
6. Entiendo que si regreso a trabajar para un empleador en cualquier capacidad (para una unidad de negociación o que no es de negociación) estoy obligado a obtener una aprobación por escrito del sindicato local y enviar un aviso escrito a los fondos de salud y pensión.

Firma

Fecha

PARTE III - A

EXPLICACIÓN DE DISTINTOS TIPOS DE PAGOS DE PENSIÓN

INTRODUCCIÓN

El Plan provee los distintos tipos de beneficios de pensión que se describen a continuación: El Beneficio de 36 Pagos Garantizados, el Beneficio Conjunto y de Sobreviviente al 50% o el Beneficio Conjunto y de Sobreviviente al 75%. Por varios motivos personales, tal vez prefiera recibir su pensión de una manera distinta a la que la recibiría automáticamente bajo los términos del Plan. Debe hacer su elección por escrito antes de su Fecha de Inicio del Beneficio. (Para obtener una descripción de este término, consulte la primera página del Formulario de Elección del Beneficio). Puede cancelar o cambiar su elección en cualquier momento antes de su Fecha de Inicio del Beneficio. Si está casado, no puede recibir el Beneficio de 36 Pagos Garantizados o el Beneficio Conjunto y de Sobreviviente al 75% a menos que su cónyuge dé consentimiento por escrito a su elección. Además, tiene derecho a decidir no comenzar a recibir su pensión en cualquier momento antes de la Fecha de Inicio del Beneficio.

FORMA BÁSICA - 36 - BENEFICIO DE 36 PAGOS GARANTIZADOS (FORMA A)

El beneficio básico del Plan provee una pensión mensual pagadera a usted por el resto de su vida o hasta que se haya efectuado un total de 36 pagos mensuales a usted y su beneficiario. Eso se denomina el Beneficio de 36 Pagos Garantizados. Los pagos mensuales efectuados a usted bajo el Beneficio de 36 Pagos Garantizados serán más altos que los efectuados bajo uno de los dos Beneficios Conjuntos y de Sobreviviente. Sin embargo, después de su fallecimiento, no se pagará ningún beneficio a ningún beneficiario si ya ha recibido 36 pagos mensuales de su pensión.

Si no está casado en su Fecha de Inicio del Beneficio, automáticamente recibirá su pensión como Beneficio de 36 Pagos Garantizados. Sin embargo, si está casado en su Fecha de Inicio del Beneficio, su pensión se pagará automáticamente como Beneficio Conjunto y de Sobreviviente al 50% a menos que rechace esa forma y elija el Beneficio de 36 Pagos Garantizados o el Beneficio Conjunto y de Sobreviviente al 75% con el consentimiento de su cónyuge.

BENEFICIO CONJUNTO Y DE SOBREVIVIENTE AL 50% (FORMA B)

Este tipo de pensión significa que usted recibirá una pensión un poco reducida durante su vida; pero, después de su muerte, 50% de su pensión se le pagará a su cónyuge por el resto de su vida. Si su cónyuge fallece antes que usted comience a recibir beneficios, su beneficio regresará automáticamente al monto pagadero bajo el Beneficio de 36 Pagos Garantizados a partir del primer día del mes siguiente a que el fallecimiento de su cónyuge se le notifique por escrito a la Oficina del Fondo. El nuevo monto le será pagadero por el resto de su vida. Como se mencionó anteriormente, si está casado, su pensión se paga automáticamente como un Beneficio Conjunto y de Sobreviviente al 50%, a menos que elija otra forma de pago con el consentimiento de su cónyuge.

Si el Beneficio Conjunto y de Sobreviviente corresponde a su caso, el monto que le hubiera sido pagado bajo el Beneficio de 36 Pagos Garantizados será reducido por el factor de beneficio conjunto y de sobreviviente. La reducción también depende de su edad y de la edad de su cónyuge en su Fecha de Inicio.

BENEFICIO CONJUNTO Y DE SOBREVIVIENTE AL 75% (FORMA C)

Este tipo de pensión significa que usted recibirá una pensión un poco reducida durante su vida; pero, después de su muerte, 75% de su pensión se le pagará a su cónyuge por el resto de su vida. Si su cónyuge fallece antes que usted comience a recibir beneficios, su beneficio regresará automáticamente al monto pagadero bajo el Beneficio de 36 Pagos Garantizados a partir del primer día del mes siguiente a que el fallecimiento de su cónyuge se le notifique por escrito a la Oficina del Fondo. El nuevo monto le será pagadero por el resto de su vida.

Si el Beneficio Conjunto y de Sobreviviente corresponde a su caso, el monto que le hubiera sido pagado bajo el Beneficio de 36 Pagos Garantizados será reducido por el factor de beneficio conjunto y de sobreviviente. La reducción también depende de su edad y de la edad de su cónyuge en su Fecha de Inicio. A continuación se indica la reducción que podrá esperar del Beneficio de 36 Pagos Garantizados bajo el porcentaje para Beneficio Conjunto y de Sobreviviente al 50% y el porcentaje para Beneficio Conjunto y de Sobreviviente al 75%.

Beneficio Conjunto y de Sobreviviente al 50%

Pensiones que no son por discapacidad y por discapacidad que comienzan al cumplir 55 años de edad o después

94% del Beneficio Garantizado de 36 Pagos si ambos, el participante y su cónyuge, tienen la misma edad.

menos (-) 0.5% por cada año completo que el participante sea mayor que su cónyuge.

más (+) 0.5% por cada año completo que el participante sea menor que su cónyuge.

Pensiones por discapacidad que comienzan antes de cumplir 55 años de edad

89% del Beneficio Garantizado de 36 Pagos si ambos, el participante y su cónyuge, tienen la misma edad.

menos (-) 0.2% por cada año completo que el participante sea mayor que su cónyuge.

más (+) 0.2% por cada año completo que el participante sea menor que su cónyuge.

Beneficio Conjunto y de Sobreviviente al 75%

Pensiones que no son por discapacidad y por discapacidad que comienzan al cumplir 55 años de edad o después

90% del Beneficio Garantizado de 36 Pagos si ambos, el participante y su cónyuge, tienen la misma edad.

menos (-) 0.6% por cada año completo que el participante sea mayor que su cónyuge.

más (+) 0.6% por cada año completo que el participante sea menor que su cónyuge.

Pensiones por discapacidad que comienzan antes de cumplir 55 años de edad

84% del Beneficio Garantizado de 36 Pagos si ambos, el participante y su cónyuge, tienen la misma edad.

menos (-) 0.25% por cada año completo que el participante sea mayor que su cónyuge.

más (+) 0.25% por cada año completo que el participante sea menor que su cónyuge.

EJEMPLOS DE 50% Y 75%

Asunciones: Beneficio de 36 Pagos Garantizados = \$1,000
Edad del participante = 65 años

Edad del cónyuge = 62 años
El cónyuge es 3 años completos menor que el participante

Conj. y Sob. al 50%	Conj. y Sob. al 75%
\$1,000 x 92.5%	\$1,000 x 88.2%
(94% - 3 años x 0.5%)	(90% - 3 años x 0.6%)

Beneficio mensual para el participante Mientras ambos, el participante y el cónyuge, estén vivos	\$ 925.00	\$ 882.00
Beneficio mensual para el cónyuge si el participante fallece antes que el cónyuge después de que comience a recibir beneficios	\$ 462.50	\$ 661.50
Beneficio mensual para el participante si el cónyuge fallece antes que el participante después de que comience a recibir beneficios	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00

PARTE III - B

Elección de Forma de Pago del Beneficio de Pensión de Jubilación

Sección A - Personal (Deben completarla todos los participantes)

Nombre del participante: _____

Fecha de Vigencia del Beneficio _____ (el primer día del mes que coincida con, o el día siguiente a la fecha en que usted satisfaga todas las condiciones de derecho a una pensión de jubilación, incluyendo la terminación de un empleo cubierto).

Sección B - Forma de Pago (Deben completarla todos los participantes) (Ponga sus iniciales en uno de los renglones a continuación)

- Forma A - Beneficio de 36 Pagos Garantizados
 - Forma B - Beneficio Conjunto y de Sobreviviente al 50%
 - Forma C - Beneficio Conjunto y de Sobreviviente al 75%
-

Sección C - Designación de beneficiario

Nombre del Beneficiario Principal:

Dirección

Parentesco conmigo por:

Fecha de nacimiento del Beneficiario Principal:

(adjuntar prueba de la edad)

Su cónyuge debe dar su consentimiento a la designación de algún otro beneficiario que no sea su cónyuge. Su cónyuge debe dar su consentimiento a todo cambio de beneficiario.

Sección D - Designación de beneficiario contingente

(Se debe completar si la Forma A aplica automáticamente o es seleccionada.)

En caso de que el Beneficiario Principal nombrado en la Parte III-Sección C no me sobreviva o fallezca antes de recibir todos los pagos a ser efectuados bajo el Plan, los pagos (o pagos restantes) deberán efectuarse a:

Nombre del Beneficiario Contingente:

Dirección

Parentesco conmigo por:

Sección E - Certificación de estado civil (Deben completarla todos los participantes)

Entiendo que la ley estipula que si estoy casado cuando comience a recibir mi pensión conforme al Plan, mi cónyuge debe recibir una pensión por el resto de su vida después de mi fallecimiento a menos que mi cónyuge y yo optemos por renunciar al beneficio de cónyuge dentro del plazo de 90 días que finaliza en la Fecha de Vigencia del Beneficio mío. Entiendo que este beneficio de cónyuge se provee automáticamente bajo la Forma B con mi cónyuge de beneficiario. Finalmente, entiendo que puedo revocar la elección en cualquier momento antes de la Fecha de Inicio del Beneficio.

Certifico que: (Ponga sus iniciales en una)

- Nunca me he casado.
- No estoy casado(a) legalmente en este momento. En caso de que me case en o antes de la Fecha de Inicio del Beneficio, lo notificaré. (Provéala a la Oficina del Fondo una copia del acta de divorcio, acuerdo de separación o acta de defunción si ha estado casado.)
- No puedo localizar a mi cónyuge. (La Oficina del Fondo se comunicará con usted para obtener información adicional.)
- La persona que firmó la Sección G - Consentimiento del Cónyuge a la Renuncia de Beneficios del Sobreviviente es mi cónyuge legal. (Adjunte acta de matrimonio)
- Estoy casado(a) legalmente en este momento. Deseo recibir mi beneficio en forma de una Anualidad Conjunta y de Sobreviviente al 50% o 75%.

Sección F - Firma (Deben completarla todos los participantes)

Reconozco que he completado la Sección A, Sección B y la Sección C; y la Sección D si aplica la Forma A.

Hago constar que la información es fiel y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que el hacer una declaración falsa podría hacer que quede descalificado para recibir los beneficios de pensión y que los Síndicos tendrán el derecho de recuperar cualesquiera pagos que me hayan efectuado debido a una declaración falsa.

Firme con su nombre

Fecha

Escriba su nombre en letra de molde

Fecha

Firma del testigo
(El testigo debe ser alguien que no sea su cónyuge)

Fecha

Sección G - Consentimiento del cónyuge a la Renuncia al Beneficio Conjunto y de Sobreviviente con Cónyuge y Beneficiario (Esto lo debe completar el cónyuge del participante si se elige la Forma A o se elige la Forma B o se elige la Forma C (75%) y el cónyuge NO es el beneficiario).

Yo, _____, entiendo que la ley exige que reciba beneficios de sobreviviente de por vida equivalentes a por lo menos el 50% del beneficio vitalicio de mi cónyuge, a no ser que dé consentimiento a la elección de mi cónyuge de renunciar a esos beneficios. Entiendo además que los beneficios vitalicios de sobreviviente se proveen bajo la Forma B y la Forma C; sin embargo, la Forma A ha sido seleccionada. Estoy de acuerdo con renunciar a los beneficios vitalicios de sobreviviente y con la elección del Formulario A. Entiendo que el efecto de la renuncia a la Forma A es ocasionar que renuncie a mi protección de beneficio de sobreviviente. También estoy de acuerdo con el Beneficiario Principal y el Beneficiario Contingente seleccionados bajo la Sección C y la Sección D. Certifico que soy el cónyuge legal del Participante.

Firma del cónyuge

Fecha

Testigo: La firma del cónyuge la debe presenciar un Representante del Plan o un Notario Público
(Elija A o B)

A _____
Nombre y Cargo del Representante del Plan (en letra de molde)

Firma del Representante del Plan

B Estado de _____ Condado de _____

Este día _____ de _____ de 2_____, yo, _____ por este medio certifico
que _____ compareció personalmente ante mí el día de hoy y reconoció la debida
ejecución del instrumento anterior.

Extiendo el presente al que estampo mi firma y sello oficial este día _____ de _____ de 2_____.

Mi nombramiento vence el _____.

Notario Público

(SELLO)

**ALBAÑILES DE PEDRERÍA Y MARMOLERÍA DEL ÁREA METROPOLITANA DE WASHINGTON, D.C.
FONDO FIDUCIARIO DE SALUD Y BIENESTAR**

PARTE IV

Formulario de Solicitud de Beneficios Médicos para Empleados Jubilados

Sección I

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Núm. de Seg. Soc. _____

A fin de ser elegible para recibir continuación de la cobertura médica, el empleado debe cumplir con los siguientes reglamentos del Fondo:

1. "EMPLEADO JUBILADO

Si se jubila después del 1 de enero de 1973, de conformidad con las Leyes Federales del Seguro Social o las reglas del Fondo de Pensión de los Albañiles de Pedrería y Marmolería y es elegible bajo este Fondo de Bienestar al momento de jubilarse, y ha sido elegible bajo este Fondo de Bienestar por al menos cinco (5) de los diez (10) años inmediatamente anteriores a la fecha de su jubilación, y presenta pruebas suficientes de que reúne los criterios anteriores, podrá continuar participando en el Fondo de Bienestar, excepto el Beneficio por Muerte Accidental y Desmembramiento, el Beneficio Semanal por Accidente o Enfermedad y cualquier gasto que esté cubierto por Medicare. El Fondo de Bienestar no pagará ningún gasto por beneficios que estén disponibles de Medicare, independientemente de que usted elija o no la cobertura de Medicare".

Consulte Beneficios Suplementarios de Medicare en el Resumen de la Descripción del Plan; y

2. PAGO POR BENEFICIOS DE JUBILADO

A. Elegibilidad -Las reglas de elegibilidad se mantendrán para empleados jubilados según se describe en el Resumen de la Descripción del Plan, salvo según se estipula a continuación.

B. Pago de Beneficios

Vigente el 1º. de mayo de 2007:

(1) Actualmente, el plan estipula que cada jubilado calificado con un beneficio de pensión conforme a la disposición de 30 y fuera (temprana sin reducción) que aún no ha cumplido 58 años de edad y desea continuar los beneficios de salud tendrá que pagar la misma tarifa que aquellos con derecho a cobertura COBRA deben pagar hasta cumplir 62 años de edad. (El seguro COBRA se describe en el Resumen de la Descripción del Plan. Solo es aplicable la tarifa que se cobra por el seguro COBRA, pero no las otras disposiciones de COBRA.) Con vigencia del 1.º de enero de 1993, se requerirá que esos jubilados, al cumplir 62 años de edad, efectúen pagos mensuales a una tarifa establecida por la Junta Directiva que podría cambiar de vez en cuando.

- (2) Todos los demás jubilados que de otro modo reúnan los requisitos de elegibilidad para jubilados pensionados para recibir beneficios médicos y se hayan jubilado con beneficios a los 55 años de edad o después, pero antes de la edad de 65, tendrán que efectuar pagos mensuales, por adelantado, por los beneficios, a una tarifa establecida por la Junta Directiva que podría cambiar de vez en cuando.
- (3) Todos los jubilados calificados elegibles para Medicare continuarán recibiendo estos beneficios. Se requerirá que todos los jubilados elegibles para Medicare efectúen pagos mensuales a una tarifa establecida por la Junta Directiva que podría cambiar de vez en cuando.

C. Método de Pago

Vigente el 1º. de enero de 1993:

Cada jubilado calificado que desee recibir o continuar beneficios médicos podrá efectuar pagos asignando una deducción mensual voluntaria del beneficio de pensión del Fondo de Pensión de los Albañiles de Pedrería y Marmolería, o bien el jubilado puede elegir efectuar un pago mensual directamente al Fondo de Bienestar antes del primer día de cada mes.

Cuando se requiere efectuar un pago, el primer pago según esta disposición deberá efectuarse dentro de un plazo de 90 días de que el jubilado haya recibido aviso de que sus beneficios médicos como empleado activo han terminado. El pago se debe efectuar retroactivamente a la fecha de terminación de los beneficios; a partir de entonces el pago de cada mes se requiere por adelantado. Si no se inicia este pago, o si se inicia y luego se suspende, los beneficios no continuarán y no se podrán reinstaurar más adelante. Aquellos que deseen continuar la cobertura deberán firmar una solicitud.

D. Bajo las disposiciones del plan del beneficio que se detallan en el Resumen de la Descripción del Plan, los beneficios médicos para jubilados se pueden modificar o eliminar, o es posible que se requiera un pago de los jubilados. Periódicamente, los Síndicos revisarán los beneficios médicos de los jubilados para determinar cuáles pagos, de haberlos, podrían requerirse de cualesquier o todas las clasificaciones de jubilados para poder continuar sus beneficios médicos.

Las tarifas del seguro COBRA están sujetas a cambio anualmente. Comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener las tarifas actuales.

Sección II

Por este medio hago constar que califico para la siguiente continuación de cobertura bajo el Fondo de Bienestar.

solo yo yo y mi cónyuge yo, mi cónyuge y _____ hijo(s) dependiente(s) solo mi cónyuge
(marque solo una casilla)

Fecha

Firma del Jubilado

Se debe completar y firmar el siguiente formulario de elección.

Formulario de Elección del Pago de Beneficios Médicos

Marque solo una casilla

1. Por este medio autorizo que se descuente de mi cheque de pensión cualquier pago requerido por cobertura médica bajo el Fondo de Salud y Bienestar de los Albañiles de Pedrería y Marmolería. Hago esta autorización de manera voluntaria y entiendo que podrá ser revocada en cualquier momento. Por medio de esta autorización, no asigno mi beneficio mensual, ni ninguna porción del mismo, al Fondo de Salud y Bienestar de los Albañiles de Pedrería y Marmolería. Entiendo que el Fondo de Salud y Bienestar de los Albañiles de Pedrería y Marmolería no puede hacer valer ningún derecho en contra del Fondo de Pensión de los Albañiles de Pedrería y Marmolería por ninguna parte de mi beneficio de pensión, salvo en la medida de los pagos en efecto recibidos.

2. Deseo continuar recibiendo beneficios médicos para empleados jubilados y efectuaré los pagos mensuales por adelantado a la Oficina del Fondo por mi cuenta y no a través del Fondo de Pensión. Entiendo que los beneficios médicos para jubilados serán cancelados para mí y mi cónyuge si dejo de efectuar los pagos a la Oficina del Fondo antes del primer día de cada mes.

3. No deseo recibir los beneficios médicos para empleados jubilados

Reconozco que al elegir Beneficios Médicos para Jubilados, renuncio a mis derechos a Cobertura de Continuación COBRA.

Fecha

Firme con su nombre

Escriba su nombre en letra de molde

Número de Seguro Social

AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITOS AUTOMÁTICOS (CRÉDITO ELECTRÓNICO)

FONDO DE FIDEICOMISO DE PENSIÓN DE LOS ALBAÑILES DE PEDRERÍA Y MARMOLERÍA DE WASHINGTON, D.C.

Por este medio autorizo al Fondo de Fideicomiso de Pensión de los Albañiles de Pedrería y Marmolería de Washington, D.C, en adelante denominado "el Fondo", para iniciar partidas de crédito y para iniciar, SI ES NECESARIO, DÉBITOS Y AJUSTES DE LAS PARTIDAS DE CRÉDITO HECHAS POR ERROR a mi cuenta de cheques () o de ahorros () (seleccione una) indicada a continuación y al depositario nombrado abajo, en adelante denominado DEPOSITARIO, para acreditar/debitar los mismos a dicha cuenta.

NOMBRE DEL DEPOSITARIO _____

SUCURSAL _____

CIUDAD _____ **ESTADO** _____ **CÓDIGO POSTAL** _____

Núm. de TRÁNSITO/ABA _____ **Núm. de CUENTA** _____

Esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que el Fondo haya recibido notificación por escrito de mí de su cancelación en determinado período y de tal manera que el Fondo tenga una oportunidad razonable para actuar en consecuencia.

NOMBRE _____

Núm. de Seg. Soc. _____

FIRMA _____

FECHA _____

Adjunte un cheque cancelado si selecciona una cuenta corriente.

FOR OFFICE USE ONLY (SOLO PARA USO DE LA OFICINA)

Date Received (Fecha de recepción) _____

Processed by (Procesado por) _____

Una explicación del valor relativo de las diferentes opciones de beneficios disponibles para usted

¿Qué significa valor relativo?

El valor relativo le permite comparar el valor total de una opción de beneficio con las otras opciones disponibles. El valor relativo se determina primero convirtiendo las diferentes opciones a un formato común y luego comparándolas. Esta conversión a un formato común usa suposiciones de tasas de interés y expectativas de vida.

Los valores relativos se basan en expectativas de vida promedio. El valor de los pagos que en última instancia se hagan a usted bajo las diferentes opciones dependerá de cuánto tiempo viven usted y sus beneficiarios.

Valores relativos

En lugar de calcular los valores relativos de sus beneficios específicos, le proporcionamos los ejemplos siguientes. Ofrecemos tres ejemplos: uno para jubilación a los 55 años, otro para jubilación a los 60 años y otro para jubilación a los 65 años. En cada ejemplo, la opción de Anualidad Cierta de Tres Años y Vitalicia es de \$500 al mes. La mayoría de las personas obtienen información suficiente de estos ejemplos para tomar una decisión acerca de su elección de beneficios. Si después de revisar esta información usted desea recibir el valor relativo de los beneficios para sus opciones específicas, le proporcionaremos esta información. Debe dirigir este pedido a la Oficina del Fondo.

<u>Forma opcional</u>	<u>Inicio a los 55 años</u>	<u>Valor relativo</u>
<u>Monto del pago mensual</u>		
Anualidad Cierta de Tres Años y Vitalicia	\$500 al mes (si usted fallece durante los primeros 3 años, luego se pagará \$500 al beneficiario por el resto del período)	Otras opciones son comparables con esta.
Anualidad de Sobreviviente al 50% con Cambio a Cantidad Superior	\$462.50 al mes (\$500 al mes al participante si el cónyuge fallece primero, \$231.25 al mes al cónyuge si el participante fallece primero)	Aproximadamente el mismo valor que la Anualidad Cierta de Tres Años y Vitalicia.
Anualidad de Sobreviviente al 75% con Cambio a Cantidad Superior	\$441.00 al mes (\$500 al mes al participante si el cónyuge fallece primero, \$330.75 al mes al cónyuge si el participante fallece primero)	Aproximadamente el mismo valor que la Anualidad Cierta de Tres Años y Vitalicia.

<u>Forma opcional</u>	<u>Inicio a los 60 años</u>	<u>Valor relativo</u>
Anualidad Cierta de Tres Años y Vitalicia	<u>Monto del pago mensual</u> \$500 al mes (si usted fallece durante los primeros 3 años, luego se pagará \$500 al beneficiario por el resto del período)	Otras opciones son comparables con esta.
Anualidad de Sobreviviente al 50% con Cambio a Cantidad Superior	\$462.50 al mes (\$500 al mes al participante si el cónyuge fallece primero, \$231.25 al mes al cónyuge si el participante fallece primero)	Aproximadamente el mismo valor que la Anualidad Cierta de Tres Años y Vitalicia
Anualidad de Sobreviviente al 75% con Cambio a Cantidad Superior	\$441.00 al mes (\$500 al mes al participante si el cónyuge fallece primero, \$330.75 al mes al cónyuge si el participante fallece primero)	Aproximadamente el mismo valor que la Anualidad Cierta de Tres Años y Vitalicia
<u>Forma opcional</u>	<u>Inicio a los 65 años</u>	<u>Valor relativo</u>
Anualidad Cierta de Tres Años y Vitalicia	<u>Monto del pago mensual</u> \$500 al mes (si usted fallece durante los primeros 3 años, luego se pagará \$500 al beneficiario por el resto del período)	Otras opciones son comparables con esta.
Anualidad de Sobreviviente con Cambio a Cantidad Superior	\$462.50 al mes (\$500 al mes al participante si el cónyuge fallece primero, \$231.25 al mes al cónyuge si el participante fallece primero)	Aproximadamente el mismo valor que la Anualidad Cierta de Tres Años y Vitalicia.
Anualidad de Sobreviviente al 75% con Cambio a Cantidad Superior	\$441.00 al mes (\$500 al mes al participante si el cónyuge fallece primero, \$330.75 al mes al cónyuge si el participante fallece primero)	Aproximadamente 105.5% del valor de la Anualidad Cierta de Tres Años y Vitalicia.

Forma opcional	<u>Inicio a los 50 años, discapacitado</u>	Valor relativo
Anualidad Cierta de Tres Años y Vitalicia	Monto del pago mensual \$500 mensual (si muere durante los primeros 3 años, seguidamente se pagarán \$500 al beneficiario por lo que quede del período)	Otras opciones son comparables a esta.
Anualidad de Sobreviviente con Cambio a Cantidad Superior	\$442.00 mensual (\$500 mensual al participante si el cónyuge muere primero, \$221.00 mensual al cónyuge si el participante muere primero)	Aproximadamente el mismo valor que la Anualidad Cierta de Tres Años y Vitalicia.
Anualidad de Sobreviviente al 75% con Cambio a Cantidad Superior	\$416.25 mensual (\$500 mensual al participante si el cónyuge muere primero, \$312.19 mensual al cónyuge si el participante muere primero)	Aproximadamente el mismo valor que la Anualidad Cierta de Tres Años y Vitalicia.

El valor relativo de estos ejemplos se calculó usando una tasa de interés del 7%. El supuesto de mortalidad usado en el cálculo es el de la tabla de mortalidad para operarios hombres RP-2014, proyectada a 2030, con MP-2018, para participantes en buena salud, y la tabla de mortalidad para hombres jubilados y discapacitados RP-2014, proyectada a 2030, con MP-2018, para participantes discapacitados. Si su cónyuge es mucho menor o mayor que usted, los valores relativos pueden ser diferentes a los de estos ejemplos.