



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

## **FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO**

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

**Número de Seguro Social** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**Domicilio** \_\_\_\_\_

**Teléfono** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

Marque la casilla si hay una nueva dirección que actualizar.

Indique a continuación la(s) persona(s) que desea nombrar como beneficiaria(s) de cualquier beneficio por fallecimiento a través de los planes de Western States Insulators & Allied Workers. Si está casado y ha designado a otra persona que no sea su cónyuge, deberá completar y certificar ante notario la sección de consentimiento de cónyuge para que los Fideicomisarios la acepten.

El beneficiario principal es la persona que recibirá los beneficios tras su muerte. Si su beneficiario principal ha fallecido cuando se realiza la distribución de los beneficios, estos se pagarán a su beneficiario contingente. Puede designar varios beneficiarios principales o contingentes.

### **PLAN DE JUBILACIÓN**

Beneficiario principal \_\_\_\_\_ Núm. Seguro Social \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Beneficiario contingente \_\_\_\_\_ Núm. Seguro Social \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

### **PLAN DE CUENTA INDIVIDUAL**

Beneficiario principal \_\_\_\_\_ Núm. Seguro Social \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Beneficiario contingente \_\_\_\_\_ Núm. Seguro Social \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

---

Página 2 del Formulario de designación de beneficiario

---

**Si desea designar varios beneficiarios principales o contingentes, adjunte un documento adicional con la información anteriormente proporcionada para cada beneficiario.**

---

Designo al beneficiario o beneficiarios nombrados en este formulario como mis beneficiarios en virtud de los planes de Western States Insulators mencionados anteriormente.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---



Western States Insulators and Allied Workers' Pension Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Individual Account Plan  
Western States Insulators and Allied Workers' Health Plan

---

## CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE

Por la presente, doy mi consentimiento a la designación por parte de mi cónyuge del beneficiario anteriormente designado para recibir los beneficios por fallecimiento pagaderos a través de los Planes. Entiendo perfectamente que, al firmar a continuación, no seré elegible para recibir los beneficios pagaderos en nombre de mi cónyuge en caso de su muerte.

Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---

### RECONOCIMIENTO POR NOTARIO

Un notario público u otro funcionario que complete este certificado verifica únicamente la identidad de la persona que firmó el documento al que se adjunta este certificado, y no la veracidad, exactitud o validez de dicho documento.

Estado de California \_\_\_\_\_ Condado de \_\_\_\_\_

En día \_\_\_\_\_, ante mí, \_\_\_\_\_,

Notario público, compareció personalmente \_\_\_\_\_, quien me demostró, sobre la base de pruebas satisfactorias, ser la persona o personas cuyo nombre o nombres figuran en el presente instrumento y me reconoció que lo firmó en su calidad de tal, y mediante su(s) firma(s) en el instrumento, la(s) persona(s), o la entidad en nombre de la cual actuó(n) la(s) persona(s), firmó(n) el instrumento.

Certifico, bajo PENA DE PERJURIO según las leyes del estado de \_\_\_\_\_ que el párrafo anterior es verdadero y correcto.

DOY FE con mi firma y mi sello oficial.

Firma del notario \_\_\_\_\_