

Fondo de salud y bienestar para empleadores y empleados de hoteles de la Gran Área Metropolitana

Información sobre la designación de beneficiarios

- a. Al presentar este Formulario de designación de beneficiarios, revoco todas las designaciones anteriores de beneficiarios primarios y secundarios de los planes.
- b. Una designación de beneficiario hecha en el Formulario de designación de beneficiarios no es válida a menos que incluya el nombre, la dirección y el número de Seguro Social del beneficiario, y describa la relación que tiene el beneficiario conmigo.
- c. Si mi relación con el beneficiario ya no existe en el momento de mi muerte, esa designación no será válida. (Por ejemplo, en caso de divorcio, la designación de un "cónyuge" como beneficiario ya no es válida. Esa persona ya no podría ser beneficiaria a menos que el participante presentara un nuevo Formulario de designación de beneficiarios en el que nombrara a esa persona como beneficiaria e indicara la relación como de "ex cónyuge").
- d. Si designo a un menor como beneficiario, el custodio o tutor del menor podría tener derechos para recibir y administrar los beneficios del menor.
- e. Si no me sobrevive ningún beneficiario primario, el derecho a los beneficios pasa a los beneficiarios secundarios. Si no me sobrevive ningún beneficiario primario ni secundario, los beneficios se distribuirán según lo indicado en cada uno de los planes.
- f. Los derechos de cualquier beneficiario designado en el Formulario de designación de beneficiarios están sujetos a los términos y condiciones establecidos en cada uno de los planes.
- g. El pago de mis beneficios al beneficiario o beneficiarios designados en este Formulario de designación de beneficiarios será una liberación completa y total de los fideicomisarios, el Administrador del Plan y el Empleador en cuanto a ese pago.
- h. En cualquier momento antes de mi muerte, puedo revocar, modificar o enmendar esta designación de beneficiarios, pero solo presentando otro Formulario de designación de beneficiarios ante el administrador del Plan.

Instrucciones para la Tarjeta de datos básicos/Designaciones de beneficiarios

Esta tarjeta está destinada a ser utilizada para identificar las designaciones de beneficiarios para los beneficios de seguro de vida disponibles a través del Fondo de Salud y los beneficios por fallecimiento proporcionados por el Plan de Pensión (si corresponde).

Proporcione a la Oficina del Fondo toda la información solicitada e informe cualquier cambio enviando una tarjeta actualizada. Haga su envío a:

Fondo de salud y bienestar para empleadores y empleados de hoteles de la Gran Área Metropolitana
3001 Metro Drive, Suite 500
Bloomington, MN 55425

Fondo de salud y bienestar para empleadores y empleados de hoteles de la Gran Área Metropolitana

3001 Metro Drive, Suite 500, Bloomington, MN 55425 | (952) 854-0795

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Información de la persona participante:

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Número y calle		Ciudad	Estado	Código postal

Complete la información solicitada a continuación para designar a su beneficiario. Si desea hacer designaciones de beneficiarios separadas para cada plan, comuníquese con el administrador del plan. Esta designación de beneficiarios se puede modificar presentando una nueva designación. Ninguna designación será efectiva a menos que se presente ante el administrador del plan.

He leído la sección "Información sobre la designación de beneficiarios" incluida con este formulario.

Firma del participante	Fecha
------------------------	-------

Si está casado y NO ha elegido a su cónyuge como beneficiario primario, su cónyuge debe firmar este formulario por el que renuncia a sus derechos a la pensión en presencia de un notario.

Yo, el abajo firmante, siendo el cónyuge del participante del Plan nombrado, doy mi consentimiento respecto del beneficiario primario no cónyuge designado y de cualquier distribución de beneficios que se realice de conformidad con los términos del Plan de Pensión (si corresponde). Entiendo que cualquier beneficio del Plan pagadero en caso de fallecimiento del participante nombrado será pagadero al beneficiario o los beneficiarios nombrados en este formulario de designación de beneficiarios en los porcentajes designados en este formulario y no a mí mismo, y por la presente doy mi consentimiento para la designación y el pago a dicho no cónyuge.

Firma del cónyuge	Fecha
-------------------	-------

Firma del notario público	Fecha de vencimiento de la comisión
---------------------------	-------------------------------------

Beneficiario(s) primario(s):

Nombre	Vínculo	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Número y calle	Ciudad	Estado	Código postal	Porcentaje
Nombre	Vínculo	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Número y calle	Ciudad	Estado	Código postal	Porcentaje

Beneficiario(s) secundario(s):

Nombre	Vínculo	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Número y calle	Ciudad	Estado	Código postal	Porcentaje
Nombre	Vínculo	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Número y calle	Ciudad	Estado	Código postal	Porcentaje