

Formulario de cambio de dirección

Este cambio de dirección es para: Participante y TODOS los dependientes Participante SOLAMENTE Participante y TODOS los Dependiente SOLAMENTE

Nombre del titular de la cuenta

Nombre del dependiente *solo para cambios de dependientes*

Titular de la cuenta de la Unión o el Fondo

Fecha de nacimiento del titular de la cuenta [dd/mm/aaaa]

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro

Social del titular de la cuenta Número de teléfono del titular de la cuenta

Dirección de correo electrónico del titular de la cuenta

Dirección postal			Dirección particular (si es diferente de la dirección postal)		
Línea de dirección 1 [calle]			Línea de dirección 1 [calle]		
Línea de dirección 2 [unidad, apartamento o número de lote]			Línea de dirección 2 [unidad, apartamento o número de lote]		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal

Autorización

Para hacer la corrección de dirección solicitada, la Oficina del Fondo requiere que el participante otorgue su autorización firmando a continuación. Si el participante tiene un representante autorizado, incluya una copia de la documentación del poder notarial.

Por la presente confirmo que soy el participante mencionado anteriormente y autorizo a la Oficina del Fondo a realizar las modificaciones anteriores a la información de mi cuenta personal.

Firma

Representante/Poder notarial

Fecha

Envíe el formulario completo a:

Wilson-McShane
Corporation Mail Services
Department 3001 Metro
Drive – Suite 500
Bloomington, MN 55425

por correo electrónico

mailservices@wilson-mcshane.com

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Fecha de recepción: _____

Fecha de llenado: _____

Notas: _____

