



Your Future — Our Focus

Chicago Regional Council of Carpenters Welfare Fund
12 E. Erie Street – Chicago, IL 60611
(312) 787-9455, Opcion #3



Forma de Inscripcion y Designacion de Beneficiario para Seguro De Vida

Formulario de inscripción y designación de beneficiario para seguro de vida. Incluye instrucciones y campos para: Apellido del Participante, Primer Nombre, Segundo Nombre, Fecha de Nacimiento, Genero, Estado Civil, Numero de Seguro Social, Domicilio del Participante, Ciudad, Estado,Codigo Postal, Numero de Telefono, Numero de Celular, Correo Electronico.

Formulario de categoría y local de unión presente. Incluye campos para: CATEGORIA (Journeyman, Aprendiz, Otro), LOCAL DE UNION PRESENTE (Inicio, Numero de Local, Numero de Identificación de la Unión), Es su Local actual su Primer Local en el Concilio Regional?, Mi Primer Local en el Concilio Regional de Chicago fue (Fecha de Iniciación, Numero de su Local).

Formulario de declaración y firma. Incluye declaración de fraude y campo para Firma Aqui (Firma del Participante en su totalidad, Fecha en que Firmo).

Designación de Beneficiario de Seguro de Vida

Instrucciones: Escriba Claramente en Tinta. Si más de un beneficiario es designado, los beneficiarios designados compartirán igualmente. Si algún beneficiario designado muere antes del Participante, la parte que tal beneficiario habría recibido si él/ella hubiera sobrevivido la muerte del Participante será pagada igualmente a los beneficiarios designados restantes que sobreviven al Participante. La información siguiente es requerida para cada beneficiario.

- El nombre lleno del beneficiario(s) (por ejemplo Mary B. Jones, no Sra. John J. Jones);
- Relación al Participante (si no relacionado con el Participante, muestre como 'Amigo(a)'); y
- Domicilio, fecha de nacimiento, y número de seguro social. Si un seguro social o ITIN no es proporcionado, puede ser difícil localizar al beneficiario si cambia de domicilio.

Un Participante debería revisar su designación de beneficiario cuando el estado civil del Participante cambia, el Participante tiene a un niño, o el Participante experimenta otro acontecimiento de vida principal.

En caso de mi muerte, mi seguro de vida debería ser pagada a:

Nombre del Beneficiario		Segundo Nombre	Apellido		
Relación al Participante	Fecha de Nacimiento de Beneficiario		SS# o ITIN de Beneficiario		
Domicilio de Beneficiario		Ciudad		Estado	Código Postal
Nombre de Beneficiario		Segundo Nombre	Apellido		
Relación al Participante	Fecha de Nacimiento de Beneficiario		SS# o ITIN de Beneficiario		
Domicilio de Beneficiario		Ciudad		Estado	Código Postal
Nombre de Beneficiario		Segundo Nombre	Apellido		
Relación al Participante	Fecha de Nacimiento de Beneficiario		SS# or ITIN de Beneficiario		
Domicilio de Beneficiario		Ciudad		Estado	Código Postal
Nombre del Beneficiario		Segundo Nombre	Apellido		
Relación al Participante	Fecha de Nacimiento de Beneficiario		SS# or ITIN de Beneficiario		
Domicilio de Beneficiario		Ciudad		Estado	Código Postal

Por este medio revoco cada y una designación previa de beneficiarios de seguro. Por la presente designo aquellos mencionados aquí como mi beneficiario (s). Entiendo que puedo cambiar mi designación (es) de beneficiario en cualquier momento completando una Forma de Designación de Beneficiario de Seguro de Vida e Inscripción. Tal cambio entrará en vigor cuando la forma sea recibida por la oficina del Chicago Regional Council of Carpenters Welfare Fund.

Firme Aquí	Firma del Participante en su totalidad		Fecha de Firma		
			Mes	Día	Año

Sólo Para Uso de Oficina

Departamento de Contribuciones (Fecha e Iniciales)	Departamento de Servicios Participante (Fecha e Iniciales)	Escuela de Aprendiz. (Fecha e Iniciales)
--	--	--