



15800 Pines Blvd, Suite 201, Pembroke Pines, FL 33027
info@725benefits.org | 754.777.7735

**FONDOS FIDUCIARIOS DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS DE MCASF LOCAL 725
FORMULARIO DE ELECCIÓN DE BENEFICIARIO**

Nombre _____ SSN _____
del miembro Dirección _____

A continuación, indique la(s) persona(s) que desea que se le nombre como beneficiario(s) de cualquier beneficio por fallecimiento para el(los) siguiente(s) Fondo(s).

- FONDO DE PENSIONES MCASF LOCAL 725
- FONDO DE SALUD Y BIENESTAR LOCAL 725 DE MCASF
- FONDO DE JUBILACIÓN DE CONTRIBUCIÓN FINADA MCASF LOCAL 725

NOTA: Si usted está legalmente casado en el momento de su muerte, la ley federal y el Fondo de Beneficios requieren que los beneficios se paguen a su cónyuge sobreviviente, a menos que su cónyuge consienta en el pago del beneficio a otra persona. Para hacer ese tipo de cambio, el Fondo de Beneficios requerirá una declaración notariada de su cónyuge – consulte la parte inferior de este formulario para el consentimiento notariado de su cónyuge.

DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO _____

Beneficiario principal _____ SSN _____
Porcentaje de beneficio _____ Relación _____
Dirección _____

Beneficiario principal _____ SSN _____
Porcentaje de beneficio _____ Relación _____
Dirección _____

En el caso de que su(s) Beneficiario(s) Principal(es) fallezcan(n) lo declaren, la siguiente lista de Beneficiario(s) Contingente(s) se pagará en función del porcentaje que usted indique.

Beneficiario contingente _____ SSN _____
Porcentaje de beneficio _____ Relación _____
Dirección _____

Beneficiario contingente _____ SSN _____
Porcentaje de beneficio _____ Relación _____
Dirección _____

(Adjunte papel adicional si es necesario, asegúrese de indicar "primario" o contingente" y porcentaje)

Entiendo que esta designación de beneficiario cancela cualquier designación previa que pueda haber hecho y será efectiva cuando se reciba en la Oficina del Fondo y solo si se recibe antes de mi muerte. Además, entiendo que esta designación se cancelará si mi matrimonio actual termina y me vuelvo a casar, lo que convertiría a mi cónyuge legal en el momento de mi muerte en mi nuevo beneficiario.

Firma del miembro

Fecha



CONSENTIMIENTO CONYUGAL DE LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO ALTERNATIVO

Por la presente doy mi consentimiento para que mi cónyuge designe al beneficiario anterior para los beneficios por fallecimiento pagaderos a través del Fondo de Beneficios. Entiendo completamente que al firmar a continuación, no seré elegible para recibir los beneficios pagaderos en nombre de mi cónyuge en caso de su muerte.

Firma del cónyuge

Fecha de firma ante notario

Subscribe to and sworn to before me,
this _____ day of _____, 20_____
Notary Public Signature _____
County of _____ State of _____
My Commission expires _____