Con letra de molde llene los espancios en blanco con exception de la firma.
Por favor de completar y regresar al:

FONDO FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR DE CALIFORNIA SERVICE EMPLOYEES
828 W. WASHINGTON BLVD., LOS ANGELES, CA 90015

Participante _____ Seguro Social _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL

Domicilio _____ Fecha de Nacimiento _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ Union Local _____

DESIGNACION DEL BENEFICIARIO

(Lea la explicación en la base de la tarjeta antes de completaria)

Yo, _____ , Numero de Seguro Social _____ por este medio designo a la persona o personas nombrada(s) a continuación para recibir cualquier dinero que pueda ser pagado a consecuencia de mi muerte, bajo el Fondo de Fideicomiso de bienestar y salud de California Service Employees. Pague los beneficios de grupo, si es aplicable a:

NOMBRE DEL BENEFICIARIO _____ PARENTESCO _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

DOMICILIO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

EXPLICACION: *Si usted no nombra a nadie, los beneficios aplicables serán pagables como es proveido por el plan. Si usted es casado legalmente y nombra ha alguien otro que su esposo(a), su esposo(a) debe firmar abajo.*

Doy mi consentimiento a la designación de mi esposo(a) arriba.

_____ _____
FIRMA DE LA ESPOSA(O) FECHA FIRMA DEL MIEMBRO FECHA

253