1901 Las Vegas Blvd. So. Suite 107
Las Vegas, Nevada 89104-1309
(702) 733-9938
www.culinaryhealthfund.org

CHFtoo (UNITE HERE HEALTH)

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA DEL PLAN 152

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

NOMBRE COMPLETO (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):	
FECHA DE NACIMIENTO:	SSN:
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:	
TELÉFONO:	
CORREO ELECTRÓNICO:	

BENEFICIARIOS PRIMARIOS DEL SEGURO DE VIDA

NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):		SSN (si disponible):	
FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN:	PORCIÓN DEL BENEFICIO:	%
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:			
TELÉFONO:			

NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):		SSN (si disponible):	
FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN:	PORCIÓN DEL BENEFICIO:	%
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:			
TELÉFONO:			

NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):		SSN (si disponible):	
FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN:	PORCIÓN DEL BENEFICIO:	%
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:			
TELÉFONO:			

NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):		SSN (si disponible):	
FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN:	PORCIÓN DEL BENEFICIO:	%
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:			
TELÉFONO:			

BENEFICIARIOS SECUNDARIOS DEL SEGURO DE VIDA

NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):		SSN (si disponible):	
FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN:	PORCIÓN DEL BENEFICIO:	%
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:			
TELÉFONO:			

NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):		SSN (si disponible):	
FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN:	PORCIÓN DEL BENEFICIO:	%
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:			
TELÉFONO:			

El monto total de todas las porciones debe ser equivalente al 100%. Si usted nombra a más de un beneficiario pero no indica el porcentaje que cada uno recibirá, el monto total será dividido equitativamente entre los beneficiarios vivos. Si usted nombra a más de un beneficiario y uno de ellos fallece antes de usted, la porción de ese beneficiario será dividida equitativamente entre los beneficiarios sobrevivientes, al menos que usted indique de otra manera. La misma regla aplica a sus beneficiarios secundarios.

La cobertura depende de los requisitos de elegibilidad del Plan y todos los beneficios del plan están sujetos a las reglas adoptadas por la Junta Directiva del UNITE HERE HEALTH Fund. Este formulario reemplaza todas los nombramientos previos de beneficiarios. Debe ser firmada y fechada para tener validez, y no entrará en vigor hasta ser recibida por la oficina del Culinary Health Fund.

Firma del Participante/Asegurado: _____ Fecha: _____

CHFtoo

1901 Las Vegas Blvd. So. Suite 107
Las Vegas, Nevada 89104-1309
(702) 733-9938
www.culinaryhealthfund.org

CHFtoo (UNITE HERE HEALTH)

PLAN 152 LIFE INSURANCE BENEFICIARY DESIGNATION FORM

PARTICIPANT INFORMATION	
FULL NAME (LAST, FIRST, MI):	
DOB:	SSN:
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:	
TELEPHONE:	
EMAIL:	

PRIMARY LIFE INSURANCE BENEFICIARIES

FULL NAME (LAST, FIRST, MI):		SSN (if available):	
DOB:	RELATIONSHIP:	SHARE OF BENEFIT:	%
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:			
TELEPHONE:			

FULL NAME (LAST, FIRST, MI):		SSN (if available):	
DOB:	RELATIONSHIP:	SHARE OF BENEFIT:	%
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:			
TELEPHONE:			

FULL NAME (LAST, FIRST, MI):		SSN (if available):	
DOB:	RELATIONSHIP:	SHARE OF BENEFIT:	%
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:			
TELEPHONE:			

FULL NAME (LAST, FIRST, MI):		SSN (if available):	
DOB:	RELATIONSHIP:	SHARE OF BENEFIT:	%
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:			
TELEPHONE:			

SECONDARY LIFE INSURANCE BENEFICIARIES

FULL NAME (LAST, FIRST, MI):		SSN (if available):	
DOB:	RELATIONSHIP:	SHARE OF BENEFIT:	%
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:			
TELEPHONE:			

FULL NAME (LAST, FIRST, MI):		SSN (if available):	
DOB:	RELATIONSHIP:	SHARE OF BENEFIT:	%
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:			
TELEPHONE:			

The amount of all shares must total 100%. If you name more than one beneficiary, but do not indicate the percent each beneficiary is to receive, the total amount paid will be divided equally amongst all surviving beneficiaries. If you name more than one primary beneficiary and one of them predeceases you, his or her share will be divided equally among the beneficiaries that survive you, unless you indicate otherwise. The same rule applies to your secondary beneficiaries.

Coverage is dependent upon the Plan's eligibility requirements and all Plan benefits are subject to the rules adopted by the Board of Trustees of the UNITE HERE HEALTH Fund. This form replaces all previous beneficiary designations. It must be signed and dated to be valid, and shall not become effective until received by the Culinary Health Fund Office.

Participant's/Insured's Signature: _____ Date: _____