

# Formulario de Designación del Beneficiario.

Fideicomiso de Ahorro para la Jubilación para los Trabajadores de Comunicaciones  
(Communication Workers Savings and Retirement Trust)



## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE.

Nombre (letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Número de teléfono diurno \_\_\_\_\_

### Marque una:

- No estoy casado(a)
- Estoy casado y a continuación consta el consentimiento por escrito de mi cónyuge (firme a continuación y pídale a su cónyuge que complete la Sección 3 de este formulario)
- Estoy legalmente separado(a) y se acompaña una copia de la orden judicial al respecto.

## DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO.

**Nota:** Si está casado(a), su beneficiario primario en virtud del Plan es automáticamente su cónyuge, salvo que éste(a) acepte que usted designe un beneficiario que no sea su cónyuge. Si se necesita el Consentimiento del Cónyuge, deberá atestiguarlo ante un Notario Público u Oficina Fiduciaria de CWA.

### Beneficiario(s) primario(s)

Nombre (letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Beneficiario \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Relación con el participante \_\_\_\_\_ Porcentaje \_\_\_\_\_ %

Nombre (letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Beneficiario \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Relación con el participante \_\_\_\_\_ Porcentaje \_\_\_\_\_ %

### Beneficiario(s) secundario(s) (si su(s) beneficiario(s) primario(s) fallece(n) antes que usted)

Nombre (letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Beneficiario \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Relación con el participante \_\_\_\_\_ Porcentaje \_\_\_\_\_ %

Nombre (letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Beneficiario \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Relación con el participante \_\_\_\_\_ Porcentaje \_\_\_\_\_ %



Si desea designar un beneficiario primario o secundario adicional, sírvase incluir la información en una hoja aparte y adjuntarla a este formulario. Si designa a más de un beneficiario primario, su(s) beneficiario(s) secundario(s) tendrá(n) derecho a un beneficio solamente si cada uno de sus beneficiarios primarios fallece antes que usted. Si no se especifica un porcentaje, la distribución se realizará en sumas iguales para cada beneficiario primario superviviente, o si no queda ninguno, a cada beneficiario secundario superviviente.

### Autorización y firma del participante

Sírvase completar, firmar, fechar y remitir este formulario a:

CWA SAVINGS AND RETIREMENT TRUST  
Attention: Trust Office  
501 Third Street NW  
Washington, DC 20001

Por el presente, declaro y doy fe de que la información precedente suministrada por mí es fiel y correcta. Me comprometo a notificar inmediatamente a la Oficina Fiduciaria de CWA en caso de que cambie mi estado civil. Por el presente, revoco todas las designaciones de beneficiarios anteriores.

Firma del participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE (Se requiere únicamente si el cónyuge no es el único beneficiario primario).

He examinado la designación de beneficiario(s) de mi cónyuge indicada más arriba y entiendo que no me ha designado como beneficiario primario exclusivo.

### Marque todo lo que corresponda:

- Consentimiento al Beneficiario Designado únicamente.** Por el presente, renuncio a mis derechos a los beneficios a los que tengo derecho al fallecer el participante, y doy mi consentimiento a la designación específica de el/los beneficiario(s) que se identifica(n) anteriormente en la Sección 2. Este consentimiento se limita a la persona específica designada, y no doy mi consentimiento a ningún cambio futuro en la designación de beneficiario por el participante a una(s) persona(s) diferente(s) de la(s) persona(s) que se designa(n) más arriba.
- Consentimiento al Beneficiario Designado y un cambio futuro en el Beneficiario.** Por el presente, renuncio a mis derechos a los beneficios a los que tengo derecho al fallecer el participante, y doy mi consentimiento a la designación específica de el/los beneficiario(s) que se identifica(n) anteriormente en la Sección 2 y a cualquier cambio futuro en la designación de beneficiario por el participante a una(s) persona(s) diferente(s) de la(s) persona(s) que se designa(n) más arriba. Entiendo que tengo derecho a limitar mi consentimiento a el/los beneficiario(s) que se designan anteriormente, y renuncio libremente a ese derecho para que el participante pueda cambiar la(s) persona(s) designada(s) como beneficiario(s) sin mi consentimiento adicional.

Entiendo plenamente que al otorgar este consentimiento, permito que el/los beneficiario(s) identificado(s) más arriba reciba(n) los beneficios que, de lo contrario, se me habrían pagado como cónyuge del participante al fallecer el participante.

Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

En este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ el individuo cuya firma figura más arriba firmó su consentimiento en mi presencia y estableció a mi entera satisfacción que él/ella es el cónyuge del Participante identificado más arriba.

Firma del testigo (Notario Público u Oficina Fiduciaria de CWA) \_\_\_\_\_

La comisión vence el \_\_\_\_\_ Sello \_\_\_\_\_

Si tiene preguntas acerca de este formulario o del Fideicomiso de Ahorro para la Jubilación de CWA (CWA Savings and Retirement Trust), por favor, llame a la Oficina Fiduciaria ("Trust Office") de CWA al 800-987-0721.