

**FORMULARIOS DE ELECCION DE RECIPROCIDAD DE LOS TRABAJADORES DE HIERRO
PENSIÓN DE MID-AMERICA - ANUALIDAD MENSUAL SUPPLEMENTARIA DE MID-AMERICA (SMA)**

¡IMPORTANTE! SOLO LLENE LOS FONDOS QUE DESEA TRANSFERIR!

TENGA EN CUENTA: El formulario completo debe presentarse en la oficina del Fondo Mid-America dentro de los sesenta (60) días después del inicio del empleo

PENSIÓN DE MID-AMERICA
<input type="checkbox"/> Lo hago <input type="checkbox"/> No lo hago elegir que se envíen contribuciones de pensión (beneficio definido) a mi fondo local. *Vea abajo para mas informacion

ANUALIDAD MENSUAL SUPLEMENTARIA DE MID-AMERICA (SMA)
<input type="checkbox"/> Lo hago <input type="checkbox"/> No lo hago elegir que se envíen contribuciones de SMA (contribución definida) a mi fondo local. *Vea abajo para mas informacion

INFORMACION DEL PARTICIPANTE - (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)		
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	MEDIO
SEGURIDAD SOCIAL #	TELEFONO DE CONTACTO #	
	() -	
DIRECCION DE CASA	CIUDAD / ESTADO / CODIGO POSTAL	
FECHA DE NACIMIENTO	SINDICATO LOCAL NUM.	LIBRO DE LA UNIÓN NO.

AUTORIZACION Y FIRMA DE EMPLEADO
SUJETO A DISPOSICIONES
<p>Por medio de la audiencia autorizo la transferencia de contribuciones como se indico anteriormente a mi Fondo local como se designo anteriormente, de acuerdo con las disposiciones del convenio reciproco de los Trabajadores de Hierro aplicable.</p> <p>Ademas, entiendo y acepto que los Fideicomisarios del Fondo de Transferencia no tienen ninguna obligacion aparte del envio de contribuciones de acuerdo con la solicitud y, una vez realizada la transferencia, ya no tengo ningun reclamo contra el Fondo de transferencia por las contribuciones transferidas o cualquier beneficio que de otro modo pudiera acumularme a mi o a mis dependientes, sobrevivientes o beneficiarios bajo el Plan del Fondo de Transferencia basada en las contribuciones transferidas. Entiendo que mi elegibilidad para los beneficios se basara unicamente en las Reglas de elegibilidad y las Disposiciones del plan de mi Fondo local. Yo (en mi nombre y en el de cualquier persona que reclame a traves de mi) por la presente libera y libera a los Fideicomisarios del Fondo de Transferencia y a los sucesores y cesionarios de todas las reclamaciones, demandas, acciones, causas de acciones o juicios con respecto a las contribuciones asi transferidas.</p> <p>Y, POR LO TANTO, acepta eximir a los Fideicomisarios del Fondo de Transferencia de cualquier reclamo que pueda presentarse en base a contribuciones pagadas al Fondo de Transferencia.</p> <p>* Bajo el Acuerdo Reciproco Internacional , la transferencia reciproca de fondos de Pension y Anualidades debe ser cumplido dentro de los 60 dias siguientes a la recepcion por solicitud del miembro. Los Fideicomisarios de los trabajadores del hierro Mid-America y SMA Funds han ampliado la ventana de reciprocidad a 120 dias.</p> <p>Fecha de la Firma: _____ Firma: _____ Mes Dia Ano (use el nombre completo)</p>

PREGUNTAS O CONSULTAS: (708)474-9902 ext. #4 or (800)232-8029 ext. #4

ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO A: 2350 East 170th Street, P.O. Box 708, Lansing, IL 60438

Name: _____ RECIPIENT LU#: _____ PROCESSOR INITIALS: _____ LETTER SENT? Y / N DATE SENT: _____