

**ELECTRICAL WORKERS LOCAL UNION 159 RETIREMENT PLAN**  
**2730 DAIRY DRIVE SUITE 101**  
**MADISON WI 53718**  
**(608) 276-9111 or (800) 422-2128**

Nombre de los miembros \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social de los miembros: \_\_\_\_\_

.....

Como participante del Plan anterior, puede designar un beneficiario para recibir los beneficios del plan en caso de su muerte.

Tenga en cuenta que si elige a alguien que no sea su cónyuge como beneficiario principal, su cónyuge debe leer y firmar el consentimiento en la Sección B en presencia de un representante del plan o un notario público.

Si tiene menos de 35 años, su designación de beneficiario que no sea su cónyuge deja de ser válida al comienzo del año del plan en el que cumple 35 años. En ese momento, debe completar un nuevo Formulario de designación de beneficiario con el consentimiento conyugal adecuado para poder continuar nombrando a un beneficiario que no sea su cónyuge según el plan.

Por la presente revoco todas las designaciones anteriores de Beneficiarios Primarios y Beneficiarios designate Contingentes para mi cuenta del Plan y designo a los siguientes Beneficiarios.

**NOMBRE DEL BENEFICIARIO PRIMARIO**

Nombre del beneficiario	Relación	DIRECCIÓN	Beneficio %
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**NOMBRE DEL BENEFICIARIO CONTINGENTE**

(Un beneficiario contingente recibe el beneficio por fallecimiento si el beneficiario principal fallece antes que usted)

Nombre del beneficiario	Relación	DIRECCIÓN	Beneficio %
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Yo (por favor escriba su nombre) \_\_\_\_\_

Comprenda que para que sea efectivo, el formulario de designación de beneficiario debo estar firmado por mí. Por la presente se revoca cualquier designación de beneficiario anterior hecha por mí.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha