



# Chicago & Vicinity Laborers' District Council

Pension Fund

# LiUNA!

Feel the Power

11465 W. Cermak Road, Westchester, IL 60154-5768 | [www.chicagolaborersfunds.com](http://www.chicagolaborersfunds.com)

Toll Free: (866) 906-0200 • Telephone: (708) 562-0200 7 ) 562-0790 - | Pension hlp .com

## FORMULARZ 60-CIO MIESI CZNEJ EMERYTURY 8 LA 6 ENEFICJENTA (6/2018)

(K YDEŃNIJ TEN FORMULARZ TYL?O K TE8 YŹ; 8 Y K Y6 RANO 60-CIO MIESIECZNĄ OPCJĘ POST-RETIREMENT I WYPEŁNIONO NR 15 NA WNIOSKU)

Odrzuciłem(-am) opcje wspólnej emerytury do ywotniej Joint and Survivor Annuity i c@ Ęàà moja emerytura àyla wypłacana w ramac@Ā €-miesi cznej opcji Úost-RetirementĚz\* odnie z artĚ5 Planu Emerytalne\* o.

Y przypad\ u mojej mierci prosz o \ontynuowanie wypłat pozostałyc@je li istnieje ) w ramac@Ā €-cio miesi cznej \*warancjiĚa ta\ e płatno ci 6€-miesi cznej opcji Post-Retirement dla nast puj cyc@osòà:

Imię i Nazwisko wyznaczonego Beneficjenta Pokrewieństwo Numer Social Security

Adres wyznaczonego Beneficjenta Miasto Stan Soã Úocztowy

Q i i Pazwis\ o wyznaczonego Bene-icjenta Uo\rewie stwo P { er Social Security

Adres wyznaczonego Beneficjenta Miasto Stan Soã Úocztowy

Q i i Pazwis\ o wyznaczonego Óene-icjenta Uo\rewie stwo P { er Uocia| Uec rity

Āares wyznaczonego Óene-icjenta Miasto Útan Soã Úocztowy

Q i i Pazwis\ o wyznaczonego Óene-icjenta Uo\rewie stwo P { er Uocia| Uec rity

Āares wyznaczonego Óene-icjenta Miasto Útan Soã Úocztowy

Takie płatno ci b d równe 100% obni onych kwot aktuarialnie otrzy\ ywanych przez Óiebie w chwili { ierci i bed wypłacane ł cznie przez 60 mie•i cyĚrówno { i dzy w•zy•tki{ i bene-icjenta{ i wy\ ieniony{ i powy eb

Jeśli wyznaczony Beneficjent umrze przed Uczestnikiem lub nie można go zlokalizować lub odwołać, świadczenia zostaną wypłacone Beneficjentowi Warunkowemu wymienionemu w osobnym formularzu wyboru lub pierwszej z kolejnych klas beneficjentów, którzy przeżyją śmierć Uczestnika lub Wyznaczonego Beneficjenta zgodnie z zasadami i przepisami Planu.

Je li chcesz zmienić Ą [ znaczenieĚ ] ze ślib [ ] i awi [ n Ą ] im Ąz [ znaczeniaēbene-icjentaēā Ó Ąēā nã sz Ęostatni formularz oznaczenia beneficjenta w aktac@Óiura Óunduszu b dzie formularzem obowi zuj cymĚY szyskie wy] jaty wiadczce w ramac@tej o] cjonalnej formy ] jätno ci ] odle\* aj zasadom i re\* ulacjom ÚlanuĚNale y pami ta , ze je li wyznaczysz współma onka jako beneficjenta, a nast pnie si rozwiedziesz, oznaczenie beneficjenta nie b dzie wa ne ( chyba e jest to zgodne z QDRO)" Sonieczne będzie złożenie wniosku o wyznaczenie nowego beneficjenta wskazując (lub QDRO musi wskazać) byłego małżonka jako beneficjenta po rozwodzie.

Data Podpis Uczestnika

Numer Social Security Imi i Nazwisko drukowanymi literami

Adres Uczestnika (Apt. #)

Miasto Stan Kod Pocztowy

**JEŚLI JESTEŚ ŻONATY I WSKAZAŁEŚ KOGOŚ INNEGO NIŻ WSPÓŁMAŁŻONEK JAKO BENEFICJENTA, WÓWCZAS TY I TWÓJ MAŁŻONEK MUSICIE PODPISA PONIŻSZE O WIADCZENIE W OBECNO CI NOTARIUSZA.**

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA

Ja, \_\_\_\_\_ (imię i nazwisko drukowanymi literami) chcę wyznaczyć osobę(y) inną(e) niż mój małżonek jako beneficjenta(ów) wszelkich świadczeń płatnych z Funduszu w ramach 60-miesięcznej opcji po przejściu na emeryturę w przypadku mojej śmierci.

Niniejszym przysięgam, że osoba współpodpisująca ten dokument jest { o i } obecna { p i a w n } { a t o n i e } .

\_\_\_\_\_  
Data Podpis Pracownika

\_\_\_\_\_  
Data Podpis współmałżonka  
Stan \_\_\_\_\_ Hrabstwo \_\_\_\_\_

On the \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_, before me came \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_ to me known and known to me to be the person described in and who executed the foregoing statement and (s)he duly acknowledged to me that (s)he executed the same.

\_\_\_\_\_  
Notary Public Signature of Designated Plan Representative

\_\_\_\_\_  
My Commission Expires (SEAL)