



**FONDO DE PENSIONES DE LOS OBREROS DE CHICAGO RETIRADOS
FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO CONTINGENTE (1/2019)**

Este formulario de designación de beneficiario contingente se utilizará junto con mi solicitud de beneficios de pensión en la que ya designé un beneficiario primario para los beneficios de sobreviviente bajo la Anualidad Conjunta y de Sobreviviente o la Opción de 60 Meses Post-Jubilación.

Tenga en cuenta que, si designa a su esposo/a como beneficiario y posteriormente se divorcia, la designación del beneficiario no será válida (excepto en el caso de la Anualidad Conjunta y de Supervivencia (“Joint and Survivor Annuity”) o de conformidad con una Orden Judicial de Relaciones Domésticas Cualificadas (“Qualified Domestic Relations Order”).) Tendrá que presentar una nueva elección de designación de beneficiario nombrando (o una Orden Judicial de Relaciones Domésticas Cualificadas debe nombrar) a su ex esposo/a como beneficiario después del divorcio.

Información sobre el Beneficiario Contingente: Su beneficiario contingente **sólo** recibirá los beneficios si su beneficiario o beneficiarios principales fallecen antes de que se hayan realizado todos los pagos de la prestación de supervivencia o si se revoca debido a un divorcio posterior. Si nombra a más de un beneficiario contingente, éstos recibirán la misma parte de los beneficios que correspondan. Indique a continuación su beneficiario contingente (o beneficiarios contingentes).

Nombre	No. de Seguro Social	Relación con el Participante	Dirección

Nota: Si fallece su beneficiario principal y no se nombra a ningún beneficiario contingente o el beneficiario contingente fallece o no puede ser localizado razonablemente, las prestaciones se pagarán, a partes iguales, al primero de los siguientes:

- Un esposo/a actual que no sea considerado esposo/a beneficiario, o si no hay ninguno
- Sus hijos, o si no hay ninguno
- Sus padres, o si no hay ninguno
- Sus hermanos y hermanas

Firma del Participante Retirado

Fecha

Nombre del Participante Retirado

No. de Seguro Social del Retirado

Dirección del Participante Retirado