



**ACUERDO DE INDEMINIZACIÓN Y SOLICITUD DE SUSPENSIÓN DE PAGOS**

Para: CHICAGO & VICINITY LABORERS' PENSION FUND

Fecha \_\_\_\_\_

Por favor, suspenda el pago del No. de Borrador de Pensión \_\_\_\_\_, con fecha de \_\_\_\_\_, en la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ (Importe Bruto: \$ \_\_\_\_\_; Impuestos Federales: \$ \_\_\_\_\_; Seguro Médico.: \$ \_\_\_\_\_; Importe Neto: \$ \_\_\_\_\_), pagadero a la orden de \_\_\_\_\_, ID del Participante: \_\_\_\_\_. Solicito que se sustituya este borrador porque, a mi leal saber y entender, el original fue:

- Nunca recibido
- Perdido
- Destruido
- Robado
- Otro \_\_\_\_\_

Me comprometo a devolverles directamente el documento original no cobrado si llegara a mis manos en cualquier momento.

La presente tiene por objeto informarles de que el instrumento original no ha sido endosado ni transferido por mí y que, en caso de que el instrumento sea cobrado, me comprometo a firmar y entregarles una declaración jurada en la que conste que dicho cobro se efectuó sin mi firma o autorización, o a indemnizarles por cualquier pérdida, daño, costo o gasto que puedan sufrir como consecuencia de la emisión y entrega de un nuevo instrumento. Asimismo, les informo de que seré responsable de cualquier restitución necesaria en caso de que reciba y cobre tanto el cheque original como el de sustitución.

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo NO PUEDE SER UN FAMILIAR

\_\_\_\_\_  
Firma del Beneficiario de la Pension

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
No. de Teléfono

\_\_\_\_\_  
No. de Teléfono

**INSTRUCCIONES PARA  
ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN Y SOLICITUD DE SUSPENSIÓN DE PAGOS**

Este formulario autoriza a Chicago & Vicinity Laborers' Pension Fund a suspender el pago de su cheque de pensión y a emitir un reemplazo. Debe rellenarlo si no ha recibido su cheque antes del día 7 del mes.

EL BENEFICIARIO DE LA PENSIÓN debe firmar este formulario.

1. Llame al Departamento de Pensiones al (708) 562-0200 or (866) 906-0200 ext. 531 para notificar la desaparición de su cheque, ya que puede haber sido devuelto debido a un cambio de dirección no notificado o haber sido retenido por el Fondo para obtener la Declaración Anual requerida.
2. Escriba en la parte superior del formulario la información facilitada por el Departamento de Pensión sobre los siguientes puntos:
  - Número Borrador de Pensión
  - Fecha
  - Cantidad
  - Importe Bruto
  - Impuestos Federales
  - Costo del Seguro Médico
  - Importe Neto
3. Indique su nombre y número de identificación, entonces tanto usted como un testigo que no sea su familiar deben firmar el formulario e indicar la información de contacto en los espacios provistos
4. Puede enviarlo directamente al Departamento de Pensiones por correo, fax o correo electrónico.

**ATTN: PENSION DEPARTMENT  
CHICAGO & VICINITY LABORERS' PENSION FUND  
11465 W CERMAK RD  
WESTCHESTER IL 60154-5768**

**No. de Teléfono: (708) 562-0200 ext. 530 for Pension Department  
Email: [pension@chilpwf.com](mailto:pension@chilpwf.com)  
Toll-free: (866) 906-0200**