

Nombre del miembro: _____

SSN: _____

(Por favor complete este formulario y envíelo a Ohio Laborers Benefits para que su prima mensual de seguro de jubilado para el Fondo de Seguro OLDC-OCA se deduzca de su beneficio mensual de pensión del Fondo de Pensiones LDC&C de Ohio).

Para facilitar el pago de las primas que debo al Fondo de Seguro del Consejo de Distrito de Obreros de Ohio – Asociación de Contratistas de Ohio (OLDC-OCA) y asegurar la cobertura continua bajo el Fondo de Seguro para mí (y, cuando corresponda, para ciertas otras personas que yo haya indicado como mis dependientes elegibles), por la presente asigno al Fondo de Seguro la parte de mi beneficio mensual de pensión que se necesite para pagar dicha prima por adelantado, correspondiente al mes o meses en que se proporcionará la cobertura.

Entiendo que mi beneficio mensual de pensión se reducirá en la cantidad que yo deba pagar por cada mes de cobertura proporcionada por el Fondo de Seguro, y que el monto asignado puede cambiar sin previo aviso para reflejar cualquier cambio en la prima que cobre el Fondo de Seguro.

El pago de la cantidad asignada será realizado por el Fondo de Pensiones directamente al Fondo de Seguro al momento de entregar el saldo restante, si lo hay, de mi beneficio mensual de pensión.

Entiendo que esta asignación mensual cumple con las regulaciones del Departamento del Tesoro, Sección 1.401(a)-13(e), que establece excepciones a la regla general de la Sección 401(a)(13) del Código de Rentas Internas sobre la asignación o transferencia de beneficios de planes de pensión calificados y exentos bajo las Secciones 401(a) y 501(a) del Código.

Entiendo que esta asignación mensual es voluntaria y que puedo revocarla en cualquier momento. También entiendo que, si revoco esta asignación, será mi responsabilidad pagar directamente la prima mensual al Fondo de Seguro para mantener la cobertura continua.

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

FONDO DE SEGURO DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO PARA BENEFICIOS POR FALLECIMIENTO

Consulte el SPD del seguro (disponible en ohiolaborers.com) para conocer las normas relacionadas con la designación de beneficiarios.

Beneficiario Primario (Puede designar uno o varios Beneficiarios Primarios en el espacio a continuación)

Nombre completo:

Seguro social #:

Dirección:

Fecha de nacimiento:

Parentesco:

Beneficiario Secundario (Puede designar uno o varios Beneficiarios Secundarios en el espacio a continuación. Su Beneficiario Secundario solo recibirá los beneficios si su Beneficiario Primario ha fallecido en el momento de su fallecimiento.)

Nombre completo:

Seguro social #:

Dirección:

Fecha de nacimiento:

Parentesco:

Firma del miembro: _____

Fecha: _____