

# \$1,000 Pensioner Death Benefit – Beneficiary Designation Form

## Beneficio por fallecimiento del pensionado de \$1,000 – Formulario de designación de beneficiario

As a recipient of a pension from the Building Service 32BJ Pension Fund, your beneficiary(ies) are entitled at your death to a \$1,000 benefit payable from the Building Service 32BJ Health Fund. Please complete this form to designate a beneficiary(ies). The beneficiary(ies) does not have to be the same as the beneficiary you may have designated for your 32BJ pension. If you have any questions about this form, please contact Member Services at 1-212-388-3500 or if you live outside New York City, 1-800-551-3225.

Como beneficiario de una pensión del Building Service 32BJ Pension Fund, su beneficiario tiene derecho al momento de su fallecimiento a un beneficio pagadero de \$1,000 del Building Service 32BJ Health Fund. Complete este formulario para designar a su(s) beneficiario(s). El/los beneficiario(s) no tiene(n) que ser el/los mismo(s) beneficiario(s) que designó para su pensión 32BJ. Si tiene alguna pregunta acerca de este formulario, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados al 1-212-388-3500, o si vive fuera de la ciudad de Nueva York, al 1-800-551-3225.

### Section 1 Pensioner Information Sección 1 Información del pensionado

First Name/Nombre	Middle/Segundo nombre	Last Name/APELLIDO	Suffix/Sufijo	
Address/Dirección	Apt./Apto.	City/Ciudad	State/Estado	Zip Code/Código Postal
Social Security Number/ Número de Seguro Social	Date of Birth/Fecha de nacimiento		Telephone Number/ Número telefónico	

In accordance with the conditions of the Building Service 32BJ Health Fund, I hereby revoke any previous designations of beneficiary(ies) and contingent beneficiary(ies) (if any) and designate as my beneficiary(ies) in the event of my death, the following:

De acuerdo con las condiciones del Building Service 32BJ Health Fund, por la presente revoco todas las designaciones anteriores de beneficiarios y beneficiarios alternativos (si los hubiere) y designo como mi(s) beneficiario(s) en caso de mi fallecimiento a:

### Section 2 Beneficiary Designation Sección 2 Designación del beneficiario

Full Name (First, Middle, Last) Nombre completo (primer nombre, segundo nombre y apellido)	Relationship Relación	Date of Birth Fecha de nacimiento	Address (Street, City, State, Zip) Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	Share % Participación %
			<b>TOTAL:</b>	<b>100%</b>

Payment will be made in accordance with the “share” indicated or if not indicated in equal percentages to the survivor(s). **If no designated beneficiary is alive at the pensioner’s death, the benefit shall be paid in accordance with the terms of the Building Service 32BJ Health Fund.**

El pago se realizará de acuerdo con la “Participación” indicada o, en caso de que no se indique, en porcentajes iguales al/a los sobreviviente(s). **En caso de que ninguno de los beneficiarios esté con vida al momento del fallecimiento del pensionado, el beneficio deberá pagarse según los términos del Building Service 32BJ Health Fund.**

### Section 3 Participant Signature Sección 3 Firma del participante

Participant Signature/ Firma del participante

Date/ Fecha