



**Culinary Health Fund (UNITE HERE HEALTH)
PLAN 150 LIFE INSURANCE BENEFICIARY DESIGNATION FORM**

*1901 Las Vegas Blvd. South Suite 107
Las Vegas, Nevada 89104-1309
(702) 733-9938
www.culinaryhealthfund.org*

PARTICIPANT/INSURED INFORMATION:

FULL NAME (LAST, FIRST, MIDDLE):		
DOB (MONTH/DAY/YEAR):	GENDER: <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	SSN:
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:		
TELEPHONE:	EMAIL:	

PRIMARY LIFE INSURANCE BENEFICIARIES

NAME (LAST, FIRST, MIDDLE):		SSN (if available):
DOB (MONTH/DAY/YEAR):	RELATIONSHIP:	SHARE OF BENEFIT: %
ADDRESS:		TELEPHONE:

NAME (LAST, FIRST, MIDDLE):		SSN (if available):
DOB (MONTH/DAY/YEAR):	RELATIONSHIP:	SHARE OF BENEFIT: %
ADDRESS:		TELEPHONE:

NAME (LAST, FIRST, MIDDLE):		SSN (if available):
DOB (MONTH/DAY/YEAR):	RELATIONSHIP:	SHARE OF BENEFIT: %
ADDRESS:		TELEPHONE:

SECONDARY LIFE INSURANCE BENEFICIARIES

(Please list who you want to receive your life insurance benefit in the event that your primary beneficiary[ies] listed above do not survive you.)

NAME (LAST, FIRST, MIDDLE):		SSN (if available):
DOB (MONTH/DAY/YEAR):	RELATIONSHIP:	SHARE OF BENEFIT: %
ADDRESS:		TELEPHONE:

NAME (LAST, FIRST, MIDDLE):		SSN (if available):
DOB (MONTH/DAY/YEAR):	RELATIONSHIP:	SHARE OF BENEFIT: %
ADDRESS:		TELEPHONE:

The amount of all shares must total 100%. If you name more than one beneficiary, but do not indicate the percent each beneficiary is to receive, the total amount paid will be divided equally amongst all surviving beneficiaries. If you name more than one primary beneficiary and one of them predeceases you, his or her share will be divided equally among the beneficiaries that survive you, unless you indicate otherwise. The same rule applies to your secondary beneficiaries.

Coverage is dependent upon the Plan's eligibility requirements and all Plan benefits are subject to the rules adopted by the Board of Trustees of the UNITE HERE HEALTH Fund. This form replaces all previous beneficiary designations. It must be signed and dated to be valid, and shall not become effective until received by the Culinary Health Fund Office.

Participant's/Insured's Signature: _____ Date: _____

Date Recorded (For Office Use Only)

RETURN COMPLETED FORM TO:

CULINARY HEALTH FUND
1901 LAS VEGAS BLVD. SOUTH SUITE 107
LAS VEGAS, NV 89104-1309
(702) 733-9938



Culinary Health Fund (UNITE HERE HEALTH)
FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS
PARA EL SEGURO DE VIDA DEL PLAN 150

*1901 Las Vegas Blvd. South Suite 107
Las Vegas, Nevada 89104-1309
(702) 733-9938
www.culinaryhealthfund.org*

NOMBRE COMPLETO (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):		
FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO):	SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	SSN:
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:		
TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:	

BENEFICIARIOS PRIMARIOS DEL SEGURO DE VIDA

NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):		SSN (si disponible):
FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO):	RELACIÓN:	PORCIÓN DEL BENEFICIO: %
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:

NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):		SSN (si disponible):
FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO):	RELACIÓN:	PORCIÓN DEL BENEFICIO: %
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:

NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):		SSN (si disponible):
FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO):	RELACIÓN:	PORCIÓN DEL BENEFICIO: %
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:

BENEFICIARIOS SECUNDARIOS DEL SEGURO DE VIDA

(Proporcione la información de quien usted desee que reciba los beneficios del seguro de vida en el caso de que los beneficiarios primarios no le sobrevivan a usted.)

NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):		SSN (si disponible):
FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO):	RELACIÓN:	PORCIÓN DEL BENEFICIO: %
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:

NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):		SSN (si disponible):
FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO):	RELACIÓN:	PORCIÓN DEL BENEFICIO: %
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:

El monto total de todas las porciones debe ser equivalente al 100%. Si usted nombra a más de un beneficiario pero no indica el porcentaje que cada uno recibirá, el monto total será dividido equitativamente entre los beneficiarios vivos. Si usted nombra a más de un beneficiario y uno de ellos fallece antes de usted, la porción de ese beneficiario será dividida equitativamente entre los beneficiarios sobrevivientes, al menos que usted indique de otra manera. La misma regla aplica a sus beneficiarios secundarios.

La cobertura depende de los requisitos de elegibilidad del Plan y todos los beneficios del plan están sujetos a las reglas adoptadas por la Junta Directiva del UNITE HERE HEALTH Fund. Este formulario reemplaza todas los nombramientos previos de beneficiarios. Debe ser firmada y fechada para tener validez, y no entrará en vigor hasta ser recibida por la oficina del Culinary Health Fund.

Firma del Participante/Asegurado: _____

Fecha: _____

Fecha Registrada (Para Uso de la Oficina Solamente)

DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO A:

CULINARY HEALTH FUND
1901 LAS VEGAS BLVD. SOUTH SUITE 107
LAS VEGAS, NV 89104-1309
(702) 733-9938