



WESTERN STATES CARPENTERS TRUST BENEFICIARY DESIGNATION

445 SOUTH FIGUEROA STREET, SUITE 1500

LOS ANGELES, CA 90071-3203

Return completed form to enrollment@csacbenefits.org

Participant Name (First, Middle, Last)		Participant Social Security Number		Date of Birth	
Address		City	State	Zip Code	Phone Number
Email Address				Marital Status: (Circle one) <i>Married</i> <i>Single</i> <i>Divorced</i>	
Plan rules dictate that your legal spouse will automatically be considered your Beneficiary for benefits from the Western States Carpenters Pension Plan and that your legal spouse must consent in writing to the designation of a Beneficiary other than your spouse for the Southwest Carpenters Annuity Plan. Consult the Summary Plan Description (SPD) for more information on life insurance and/or survivor benefits for each Plan.					
Primary Beneficiary(ies) List at least one Primary Beneficiary. If you list more than one Primary Beneficiary and do not indicate the percentage to be allocated among them, or if the sum of the percentages does not equal 100%, benefits will be paid in equal shares.					
Name (First, Middle, Last)		Relationship		Social Security Number	
Address				Benefit %	
Name (First, Middle, Last)		Relationship		Social Security Number	
Address				Benefit %	
Name (First, Middle, Last)		Relationship		Social Security Number	
Address				Benefit %	
Name (First, Middle, Last)		Relationship		Social Security Number	
Address				Benefit %	
Contingent Beneficiary(ies) A Contingent Beneficiary applies only if all your Primary Beneficiary(ies) are deceased. If you do not indicate the percentage to be allocated among them, or if the sum of the percentages does not equal 100%, benefits will be paid in equal shares.					
Name (First, Middle, Last)		Relationship		Social Security Number	
Address				Benefit %	
Name (First, Middle, Last)		Relationship		Social Security Number	
Address				Benefit %	
Subject to the terms of the Plan documents for the Western States Carpenters Health and Welfare Plan, the Western States Carpenters Vacation Sick Leave Paid Time Off Plan, the Western States Carpenters Pension Plan, and the Southwest Carpenters Annuity Plan, I request that any sum becoming payable to a Beneficiary under said Plan upon my death be payable to the Beneficiaries listed above. I hereby revoke all designations of Beneficiaries previously made by me under said Plan. To add additional Beneficiaries, to designate alternative Beneficiaries by Plan and/or designate a Southwest Carpenters Annuity Plan Beneficiary other than your spouse please go to csacbenefits.org to download a Beneficiary Designation Form by Plan. For assistance contact the Administrative Office at (213) 386-8590 or (800) 293-1370.					
Signature				Date	



FIDEICOMISO DE CARPINTEROS DE ESTADOS DEL OESTE DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO

445 SOUTH FIGUEROA STREET, SUITE 1500
LOS ANGELES, CA 90071-3203

Regrese formulario completo a enrollment@csacbenefits.org

Nombre del Participante (primero, medio, último)		Número de Seguro Social del Participante		Fecha de nacimiento	
Domicilio		Ciudad	Estado	Código Postal	Número de teléfono
Correo electrónico				Estado Civil: (circule uno) <i>Casado</i> <i>Soltero</i> <i>Divorciado</i>	
Las reglas del plan dictan que su cónyuge legal será considerado automáticamente su Beneficiario para los Beneficios del Plan de Pensiones de Carpinteros de Estados del Oeste y que su cónyuge legal debe dar su consentimiento por escrito para la designación de un Beneficiario que no sea su cónyuge para el Plan de Anualidades de Carpinteros del Sudoeste. Consulte la Descripción resumida del plan (SPD) para obtener más información sobre el seguro de vida y/o los Beneficios para sobrevivientes de cada Plan.					
Beneficiario(s) Principal(es) Designa al menos un beneficiario principal. Si enumera más de un Beneficiario Principal y no indica el porcentaje que se asignará entre ellos, o la suma del porcentajes no es 100%, los Beneficios se pagarán en partes iguales.					
Nombre (primero, medio, último)		Relación		Número de Seguro Social	% de Beneficio
Domicilio				Número de teléfono	Fecha de Nacimiento
Nombre (primero, medio, último)		Relación		Número de Seguro Social	% de Beneficio
Domicilio				Número de teléfono	Fecha de Nacimiento
Nombre (primero, medio, último)		Relación		Número de Seguro Social	% de Beneficio
Domicilio				Número de teléfono	Fecha de Nacimiento
Beneficiario(s) Contingente Un Beneficiario Contingente aplica solo si todos sus Beneficiarios Principales han fallecido. Si no indica el porcentaje que se asignará entre ellos, o la suma del porcentajes no es 100%, los Beneficios se pagarán en partes iguales.					
Nombre (primero, medio, último)		Relación		Número de Seguro Social	% de Beneficio
Domicilio				Número de teléfono	Fecha de Nacimiento
Nombre (primero, medio, último)		Relación		Número de Seguro Social	% de Beneficio
Domicilio				Número de teléfono	Fecha de Nacimiento
Sujeto a los términos de los documentos del Plan para el Plan de Salud y Bienestar de los Carpinteros de Estados del Oeste, el Plan de Vacaciones de Carpinteros de Estados del Oeste, el Plan de Pension de Carpinteros de Estados del Oeste, y el Plan de Anualidades de Carpinteros del Sudoeste, solicito que cualquier suma pagadero a un Beneficiario bajo dicho Plan después de mi muerte sea pagadero a los Beneficiarios enumerados anteriormente. Por la presente revoco todas las designaciones de Beneficiarios realizadas previamente por mí en virtud de dicho Plan. Para agregar Beneficiarios adicionales, designar beneficiarios alternativos por Plan y/o designar un Beneficiario del Plan de Anualidades de Carpinteros del Sudoeste que no sea su cónyuge, vaya a csacbenefits.org para descargar el Formulario de Designación de Beneficiarios por Plan. Para obtener ayuda, comuníquese con la Oficina Administrativa al (213) 386-8590 o al (800) 293-1370.					
Firma				Fecha	