



Beneficiary Designation/Change Form - Designación del beneficiario /Cambio de Forma

All full-time employees (Excluding California Trade Unions) are insured for company-paid Life Insurance and Accidental Death & Dismemberment Insurance the first of the month following 30 days of continuous employment.

Please complete, sign, and date this form to designate your beneficiary(ies). This form cancels all prior designations. If there are more than three (3) primary and/or two (2) contingent beneficiaries, please attach a separate sheet of paper. It is the employee's sole responsibility to give written notice to the company of any changes to his/her beneficiary designation.

Please note: Anyone named as beneficiary under the age of 18 will not have immediate access to the proceeds. The Uniform Transfers to Minors Act requires a custodian be assigned who will manage and invest the money until the minor reaches a certain age.

Todos los empleados de tiempo completo (excluyendo los sindicatos de California) están asegurados para el seguro de vida pagado por la empresa y el seguro de muerte accidental y desmembramiento el primer día del mes siguiente a los 30 días de empleo continuo.

Por favor, complete, firme y feche este formulario para designar a su(s) beneficiario(s). Este formulario cancela todas las designaciones anteriores. Si hay más de tres (3) primarios y/o Dos (2) beneficiarios contingentes, por favor adjunte una hoja de papel aparte. Es responsabilidad exclusiva del empleado notificar por escrito a la empresa de cualquier cambio a su designación de beneficiario.

Tenga en cuenta: cualquier persona designada como beneficiario que sea menor de 18 años no tendrá acceso inmediato a los fondos. La Ley Uniforme de Transferencias a Menores exige que se asigne un custodio que administre e invierta el dinero hasta que el menor alcance cierta edad.

Employee Information / Informacion del empleado

Your name (last, first, middle initial) / Nombre (apellido, primer nombre, inicial del Segundo nombre)	Social security number /Numero de SSN
--	---------------------------------------

Primary Beneficiaries/Beneficiarios Principales: (All % must equal 100% / Todos % deben ser iguales a 100%)

Name / Nombre	PCT _____%	Relationship / Relacion
Address / Direccion (please put the COMPLETE address with city, state and zip code)	DOB/SPA.	SSN/ Numero de SSN
Name / Nombre	PCT _____%	Relationship / Relacion
Address / Direccion	DOB/SPA.	SSN/ Numero de SSN
Name / Nombre	PCT _____%	Relationship / Relacion
Address / Direccion	DOB/SPA.	SSN/ Numero de SSN

Contingent Beneficiaries/Beneficiarios Contingentes: (All % must equal 100% / Todos % deben ser iguales a 100%)

Name / Nombre	PCT _____%	Relationship / Relacion
Address / Direccion	DOB/SPA.	SSN/ Numero de SSN
Name / Nombre	PCT _____%	Relationship / Relacion
Address / Direccion	DOB/SPA.	SSN/ Numero de SSN

Employee Signature/Firma de Empleado

Employee Signature / Firma de Empleado	Date / Día	Time / Hora
--	------------	-------------