



INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE LIFE INSURANCE BENEFICIARY SELECTION FORM

The Life Insurance Beneficiary Selection Form ensures prompt payment of your life insurance benefit upon your death. Please follow these instructions.

SECTION ONE – Name and Member ID

If your name and Member ID # have not been pre-printed on your form, please write them clearly in the space provided.

SECTION TWO – Choosing Your Beneficiary(ies)

A beneficiary is a person that you choose to receive your life insurance upon your death. You are allowed to choose either one beneficiary or several beneficiaries. For each beneficiary, please include the person's full name, Social Security number, address, relationship to you and date of birth. If the beneficiary is a minor, please include the name of a guardian. **You cannot list yourself as a beneficiary.**

Your death benefit will be paid first to your primary beneficiary(ies), which you can designate by checking the box marked "Primary" on the right side of the form. If your primary beneficiary(ies) dies before you, your death benefit will be divided among those still living. Secondary beneficiary(ies) will only receive benefits if no primary beneficiary(ies) survives you.

If you name two or more persons as beneficiaries in one category (primary or secondary), payment will be made in equal shares to the beneficiaries in that category unless you specify a percentage for each beneficiary. If you specify percentages to be paid to beneficiaries in a category, the percentages must add up to 100%. If you choose to designate percentages, please write them in each box on the line marked "Benefit %" on the right side of the form.

If you want to authorize the Fund to assign up to one-third of your insurance benefit directly to the funeral home or cemetery, in the event that the Fund is notified that your funeral expenses have not been otherwise paid or guaranteed to be paid, check the box at the end of the corresponding sentence in Section Two.

SIGN AND DATE YOUR FORM – IMPORTANT! You must sign and date your form after completing the beneficiary information. We cannot process forms without signatures.



1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees

330 West 42nd Street, New York, NY 10036-6977 • www.1199SEIUBenefits.org • Tel: (646) 473-9200 • Outside NYC Area Codes: (800) 575-7771

Instrucciones para llenar el Formulario de Selección de Beneficiario para el Seguro de Vida

El **Formulario de Selección de Beneficiario para el Seguro de Vida** asegura un pago oportuno de su beneficio del seguro de vida a su muerte. Sírvase seguir estas instrucciones.

SECCIÓN UNO – Nombre y Número de Identificación del Miembro

Si su nombre y número de identificación de miembro no han sido pre-impresos en su formulario, sírvase escribirlos claramente en el espacio provisto.

SECCIÓN DOS – Elección de su(s) Beneficiario(s)

Un beneficiario es la persona que usted elige para que reciba su seguro de vida a su muerte. A usted se le permite elegir ya sea un beneficiario o varios beneficiarios. Para cada beneficiario, sírvase incluir el nombre completo de la persona, su número de Seguro Social, dirección, su relación con usted y su fecha de nacimiento. Si el beneficiario es un menor de edad, sírvase incluir el nombre de un tutor. **Usted no puede incluirse a sí mismo como un beneficiario.**

Su beneficio de defunción será pagado primero a sus beneficiarios principales, que usted designa al marcar el casillero señalado “Principal” en el lado derecho del formulario. Si su(s) beneficiario(s) principal(es) fallece(n) antes que usted, su beneficio de defunción será dividido entre aquellos que todavía viven. Los beneficiarios secundarios sólo recibirán los beneficios si ningún beneficiario principal le sobrevive.

Si usted nombra a dos o más personas como beneficiarios en una categoría (principales o secundarios), se efectuará el pago en partes iguales a los beneficiarios en esa categoría salvo que usted especifique un porcentaje determinado para cada beneficiario. Si usted especifica porcentajes a ser pagados a los beneficiarios en una categoría determinada, los porcentajes deben sumar el 100%. Si usted elige señalar porcentajes, sírvase escribirlos en cada casillero en la línea marcada “% del beneficio” en el lado derecho del formulario.

Si desea autorizar al Fondo para asignar hasta un tercio de su beneficio de seguro directamente para la funeraria o cementerio, en el caso de que se notifique al Fondo de que sus gastos de funeral no se hayan pagado ni se haya garantizado su pago de otra manera, marque el casillero al final de la oración correspondiente en la Sección Dos.

FIRME Y PONGA LA FECHA EN SU FORMULARIO – ¡IMPORTANTE! Debe firmar y poner la fecha en su formulario después de llenar la información sobre el beneficiario. No podemos procesar formularios que no cuentan con firmas.



Инструкции по заполнению Формы выбора получателя страхового возмещения по полису страхования жизни

Форма выбора получателя страхового возмещения по полису страхования жизни обеспечивает быструю оплату страхового возмещения в случае вашей смерти. При заполнении формы следуйте приведенным ниже инструкциям.

РАЗДЕЛ ПЕРВЫЙ: Имя и идентификационный № участника

Если ваши имя и идентификационный номер не были заранее напечатаны на форме, пожалуйста, укажите их разборчиво в отведенном месте.

РАЗДЕЛ ВТОРОЙ: Выбор получателя(ей) страхового возмещения

Получатель страхового возмещения (бенефициар) – это человек, которому согласно вашему выбору будет выплачено страховое возмещение в случае вашей смерти. Вы можете выбрать одного или нескольких получателей. Для каждого получателя укажите следующее: полное имя, номер социального страхования, адрес, кем приходится вам этот человек и дату рождения. Если получатель является несовершеннолетним, укажите имя его опекуна. **Вы не можете назначить себя в качестве получателя.**

Страховое возмещение будет выплачено первичному(ым) получателю(ям), которого(ых) вы можете назначить в качестве таковых, отметив опцию «Первичный» на правой стороне формы. Если один из ваших основных получателей умрет раньше вас, страховое возмещение будет разделено среди оставшихся в живых получателей. Вторичный(ые) получатель(и) получит(ат) страховое возмещение только в том случае, если все первичные получатели умрут раньше вас.

Если вы укажете двух или нескольких лиц в одной категории получателей (первичных или вторичных), оплата страхового возмещения будет произведена в равных долях среди всех получателей этой категории, если вы не укажете долю каждого получателя сами. Доли всех получателей одной категории должны в сумме равняться 100%. Если вы решите назначить доли, пожалуйста, укажите их в строке «Доля» на правой стороне формы.

Если вы разрешаете Фонду выделить до одной трети вашего страхового возмещения непосредственно похоронному бюро или кладбищу в том случае, если Фонд получит уведомление о том, что расходы на ваши похороны не были или не будут оплачены из иных источников, поставьте отметку в квадратике в конце соответствующего предложения во втором разделе.

ВАЖНО – ПОДПИШИТЕ ФОРМУ И УКАЖИТЕ НА НЕЙ ДАТУ! Вы должны подписать форму и указать дату после заполнения раздела о получателе(ях). Мы не можем обрабатывать формы без подписи.



1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees

330 West 42nd Street, New York, NY 10036-6977 • www.1199SEIUBenefits.org • Tel: (646) 473-9200 • Outside NYC Area Codes: (800) 575-7771

完成人壽保險受益人選擇表格之說明

人壽保險受益人選擇表格在你及時付款後能確保你人壽保險之福利直到你死亡為止。請按照以下的說明指示。

第一部分 - 姓名和會員 ID

如果你的名字和會員ID #沒有預先印製在你表格上，請在空白的地方寫清楚。

第二部分 - 選擇你的受益人(ies)

受益人是指你選擇一個在你死亡後能得到你人壽保險的那個人。你可以允許只選擇一名受益人或是數名受益人。至於每位受益人，請包括這個人的全名，社會安全號碼，地址，與你之關係以及出生日期。如果受益人是未成年，請提供監護人的姓名。**你不能列出自己作為受益人。**

你的死亡撫卹金將首先支付給你主要的受益人，是你可以指定並在表格右側勾選為“主要”之受益人。如果你的主要受益人在你之前死亡，你的死亡撫卹金將會分給那些仍然還活著的人。次要受益人將只在主要受益人已不存在時才會得到福利。

如果你在同一類別裡寫出兩個或兩個以上的受益人（主要或次要），在該類別中的受益人將平均分攤其付款，除非你指定每個受益人之百分比。如果你在同一類別中指定付款之百分比給受益人，其百分比必須加起來為100%。如果你選擇指定其百分比，請在表格右邊線上有標註“福利%”之每個方框裡寫下其百分比。

如果你想要授權基金會並指定最多達三分之一的保險金直接給殯儀館或墓地，基金會該事件中會被告知你的喪葬費尚未支付或保證支付，請在第二部份符合該事件句子結尾處勾選。

在表格上簽署並標註日期 - 重要訊息! 在完成受益人的資料後你必須在表格上簽署並標註日期。沒有簽名我們是無法處理文件的。



1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees

Please fax with **NO** cover sheet to / Enviar por fax **SIN** la hoja de portada al: (646) 473-8878

LIFE INSURANCE BENEFICIARY SELECTION FORM FORMULARIO DE SELECCIÓN DE BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA

Please review the information below and make any necessary changes in black ink. This form is strictly confidential.

Benefits are subject to each Fund's Summary Plan Description (SPD) and the discretion of that Fund.

Revise la información a continuación y haga cualquier cambio necesario en tinta negra. Este formulario es estrictamente confidencial.

Los beneficios están sujetos a la Descripción Abreviada del Plan (SPD, por sus siglas en inglés) de cada Fondo y a la discreción de dicho Fondo.

SECTION ONE / SECCIÓN UNO: MEMBER INFORMATION / INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Member's full name / Nombre completo del miembro

Member ID # / N.º de identificación del miembro

SECTION TWO / SECCIÓN DOS: LIFE INSURANCE BENEFICIARY INFORMATION / INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA

Insert name and address of person(s) to whom your Life Insurance is to be paid. State how the person(s) are related to you. Please check the PRIMARY box for the person to whom you want this benefit paid. If you want to list someone else in case your PRIMARY choice dies before you, mark this person or person(s) as SECONDARY. If you want more than one person to share in this benefit, those individuals must be marked as PRIMARY and you must indicate the percentage of the benefit you want them to receive (the total of all percentages must equal 100%). If additional space is needed, please attach a separate sheet. **If you authorize the Fund to assign up to one-third of your insurance benefit directly to the funeral home or cemetery, in the event that the Fund is notified that your funeral expenses have not been otherwise paid or guaranteed to be paid, check the following box.** / Inserte el nombre y la dirección de la persona o personas a las que se pagará su seguro de vida. Indique su relación con estas personas. Marque la casilla PRIMARIO para la persona a la que quiere que se pague este beneficio. Si desea agregar a alguien más en caso de que su beneficiario PRIMARIO fallezca antes que usted, marque a esa persona o personas como SECUNDARIO. Si quiere que más de una persona comparta este beneficio, debe marcar dichos individuos como PRIMARIO y debe indicar el porcentaje del beneficio que quiere que reciba cada uno (el total de todos los porcentajes debe sumar 100%). Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja separada. **Si autoriza al Fondo para asignar hasta un tercio de su beneficio de seguro directamente para la funeraria o cementerio, en caso de que el Fondo sea notificado de que sus gastos de funeral no han sido pagados o no tengan garantía de pago, marque la casilla siguiente.**

Primary / Primario
 Secondary / Secundario
Benefit % de Beneficio _____

Beneficiary's full name / Nombre completo del beneficiario

Social Security # / N.º de Seguro Social

Address / Dirección

City / Ciudad

State / Estado

Zip code / Código postal

Relationship to member / Relación con el miembro

Date of birth (if under 18) / Fecha de nacimiento (si tiene menos de 18 años)

Guardian's full name / Nombre completo del tutor

Primary / Primario
 Secondary / Secundario
Benefit % de Beneficio _____

Beneficiary's full name / Nombre completo del beneficiario

Social Security # / N.º de Seguro Social

Address / Dirección

City / Ciudad

State / Estado

Zip code / Código postal

Relationship to member / Relación con el miembro

Date of birth (if under 18) / Fecha de nacimiento (si tiene menos de 18 años)

Guardian's full name / Nombre completo del tutor

Primary / Primario
 Secondary / Secundario
Benefit % de Beneficio _____

Beneficiary's full name / Nombre completo del beneficiario

Social Security # / N.º de Seguro Social

Address / Dirección

City / Ciudad

State / Estado

Zip code / Código postal

Relationship to member / Relación con el miembro

Date of birth (if under 18) / Fecha de nacimiento (si tiene menos de 18 años)

Guardian's full name / Nombre completo del tutor

X

Signature / Firma (REQUIRED / OBLIGATORIA)

Date / Fecha (REQUIRED / OBLIGATORIA)



1199SEIU National Benefit Fund for Home Care Employees

請不要用封面傳真 / Отправьте по факсу БЕЗ титульного листа на номер: (646) 473-8878

人壽保險受益人選擇表格 / ФОРМА ВЫБОРА ПОЛУЧАТЕЛЯ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ ПО ПОЛИСУ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ

請仔細閱讀下面的資料並用黑筆做必要之更改。該表格資料是嚴格保密的。這些福利是受到各基金會之總結大綱計劃 (SPD) 和該基金會之決定。

Ознакомьтесь с информацией ниже и заполните форму, пользуясь черной ручкой. Данная форма является конфиденциальной.

Благоты разъяснены в Кратком описании условий плана (Summary Plan Description, SPD) каждого Фонда и могут быть изменены по его усмотрению.

第一部分 / РАЗДЕЛ ПЕРВЫЙ: 會員資料 / СВЕДЕНИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ

會員姓名 / Полное имя участника

會員 ID # / Идентификационный № участника

第二部分 / РАЗДЕЛ ВТОРОЙ: 人壽保險受益人資料 / СВЕДЕНИЯ О ПОЛУЧАТЕЛЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ ПО ПОЛИСУ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ

請填入你人壽保險受益人的姓名和地址。並說明這人與你的關係。請在主要受益人之框中打勾若是你想支付該項福利。如果你想要列出其他人，萬一你的主要受益人在你之前先去世，請標註這人為次要。如果你想要不只一人同時享有該項福利，那些人必須標註為主要受益人，而你必須指出你想要他們各得到多少福利之百分比(所有百分比之總和必須為100%)。若是需要額外的空間，請另附紙張。如果你授權基金會最多分配你保險福利的三分之一直接給殯儀館或墓地，在該事件中基金會通知你的葬禮費用尚未支付或保證支付，請檢查以下表格。 / Укажите имя и адрес лица (лиц), в пользу которого (которых) должно быть выплачено страховое возмещение.

Укажите, кем приходится (приходится) вам это лицо (эти лица). Если вы назначаете лицо получателем страхового возмещения по вашему полису страхования жизни, поставьте отметку в квадратике рядом с опцией «ПЕРВИЧНЫЙ». Если вы назначаете лицо вторичным получателем (т. е. лицом, которое получит страховое возмещение в том случае, если ПЕРВИЧНЫЙ получатель умрет раньше вас), поставьте отметку в квадратике рядом с опцией «ВТОРИЧНЫЙ». Если вы хотите, чтобы страховое возмещение было выплачено одновременно нескольким лицам, все эти лица должны быть помечены как ПЕРВИЧНЫЕ получатели, и вы должны указать, какая процентная доля страхового возмещения причитается каждому получателю (общая сумма всех процентных долей должна равняться 100%). Если для указания всей необходимой информации вам нужно больше места, приложите дополнительный отдельный лист. **Если вы разрешаете Фонду выделить до одной трети вашего страхового возмещения непосредственно похоронному бюро или кладбищу в том случае, если Фонд получит уведомление о том, что расходы на ваши похороны не были или не будут оплачены из иных источников, поставьте отметку в следующем квадратике.**

- 主要 / Первичный
- 次要 / Вторичный

受益人姓名 / Полное имя получателя

社會安全號碼# / № соц. обеспечения

福利 / Доля %

地址 / Адрес

市 / Город

州 / Штат

郵遞區號 / Индекс

與會員關係 / Кем приходится участнику

出生日期(如18歲以下) / Дата рождения (если младше 18 лет)

監護人姓名 / Полное имя опекуна

- 主要 / Первичный
- 次要 / Вторичный

受益人姓名 / Полное имя получателя

社會安全號碼# / № соц. обеспечения

福利 / Доля %

地址 / Адрес

市 / Город

州 / Штат

郵遞區號 / Индекс

與會員關係 / Кем приходится участнику

出生日期(如18歲以下) / Дата рождения (если младше 18 лет)

監護人姓名 / Полное имя опекуна

- 主要 / Первичный
- 次要 / Вторичный

受益人姓名 / Полное имя получателя

社會安全號碼# / № соц. обеспечения

福利 / Доля %

地址 / Адрес

市 / Город

州 / Штат

郵遞區號 / Индекс

與會員關係 / Кем приходится участнику

出生日期(如18歲以下) / Дата рождения (если младше 18 лет)

監護人姓名 / Полное имя опекуна

X

簽名 / Подпись (必填 / ОБЯЗАТЕЛЬНА)

日期 / Дата (必填 / ОБЯЗАТЕЛЬНА)