

# FONDO FIDUCIARIO DE BENEFICIOS DE SALUD SANTA MONICA UNITE HERE

Administrado por: Administración de Programas de Beneficios  
Teléfono • (866) 345-5189 • (562) 463-5075 • FAX (562) 463-5894  
[www.santamonicauniteherefunds.org](http://www.santamonicauniteherefunds.org)

## FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO PARA EL SEGURO DE VIDA

Nombre del participante		Número de Seguro Social	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento	Teléfono	Género M F (encierre uno en un círculo)	
Estado civil (encierre uno en un círculo):		Soltero	Casado Divorciado
Empleador	Fecha de contratación		

**DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO PARA EL SEGURO DE VIDA:** Por el presente designo a la(s) siguiente(s) persona(s) como mi(s) beneficiario(s) de mis beneficios del seguro de vida pagaderos de conformidad con el Fondo Fiduciario de Beneficios de Salud Santa Monica UNITE HERE. Por favor de imprimir la información del beneficiario mas abajo.

**Nombres de los beneficiario(s):** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Numero de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ (cónyuge, hijo/a, etc.)

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Nombres de los beneficiario(s):** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Numero de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ (cónyuge, hijo/a, etc.)

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Nombres de los beneficiario(s):** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Numero de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ (cónyuge, hijo/a, etc.)

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Nombres de los beneficiario(s):** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Numero de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ (cónyuge, hijo/a, etc.)

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Firma del participante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**DEVOLVER EL FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO COMPLETO A:**  
**Santa Monica UNITE HERE Health Benefit Fund**  
**1200 Wilshire Blvd, Fifth Floor, Los Angeles, CA 90017-1906**