



Culinary Health Fund (H.E.R.E.I.U. Welfare Fund)
PLAN 150 LIFE INSURANCE BENEFICIARY DESIGNATION FORM

Participant/Insured Information:

Social Security Number: _____

Last Name of Participant	First	Middle	Date of Birth (month-day-year)
--------------------------	-------	--------	--------------------------------

Home Address	City	State	Zip
--------------	------	-------	-----

Phone Number	Email Address
--------------	---------------

Circle One: Male or Female

PRIMARY LIFE INSURANCE BENEFICIARIES

Name	Relationship	Date of Birth	Share of Benefit
			%

Social Security Number (if available)	Address	Phone Number
---------------------------------------	---------	--------------

Name	Relationship	Date of Birth	Share of Benefit
			%

Social Security Number (if available)	Address	Phone Number
---------------------------------------	---------	--------------

SECONDARY LIFE INSURANCE BENEFICIARIES

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

Name	Relationship	Date of Birth	Share of Benefit
			%

Social Security Number (if available)	Address	Phone Number
---------------------------------------	---------	--------------

Name	Relationship	Date of Birth	Share of Benefit
			%

Social Security Number (if available)	Address	Phone Number
---------------------------------------	---------	--------------

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 shared equally by 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 rules apply 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 Hotel Employees and Restaurant Employees International Union Welfare Fund. This form replaces all previous beneficiary designations, and 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 (H.E.R.E.I.U. Welfare Fund)
PLAN 150 FORMULARIO DE LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO
DEL SEGURO DE VIDA

Participante/Información del Asegurado:

Número de Seguro Social: _____

Apellido del Participante	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento (mes-día-año)
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono	Dirección de Correo Electrónico		
Circle uno:	Masculino	o	Femenino

BENEFICIARIOS PRIMARIOS DEL SEGURO DE VIDA

Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	%
Número de Seguro Social (si está disponible)		Dirección	Número de Teléfono
Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	%
Número de Seguro Social (si está disponible)		Dirección	Número de Teléfono

BENEFICIARIOS SECUNDARIOS DEL SEGURO DE VIDA

(Por favor anote a quién usted desea que reciba su beneficio del seguro de vida en el caso de que su(s) beneficiario(s) primario(s) listado(s) más arriba no lo sobreviva(n) a usted).

Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	%
Número de Seguro Social (si está disponible)		Dirección	Número de Teléfono
Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	%
Número de Seguro Social (si está disponible)		Dirección	Número de Teléfono

El total de la suma de todas las partes debe igualar el 100%. Si usted nombra a más de un beneficiario pero no indica el porcentaje que cada beneficiario debe recibir, el monto total pagado será compartido en partes iguales por todos los beneficiarios sobrevivientes. Si usted nombra a más de un beneficiario primario y uno de ellos muere antes que usted, su parte será dividida en partes iguales entre los beneficiarios que lo/la sobrevivan a usted, a menos que usted indique lo contrario. Las mismas reglas aplican para sus beneficiarios secundarios.

La cobertura está sujeta a los requerimientos de elegibilidad del Plan, y todos los beneficios del Plan están sujetos a las reglas adoptadas por el Consejo Administrativo de Hotel Employees and Restaurant Employees International Union Welfare Fund. Este formulario reemplaza todas las designaciones de beneficiarios previas, y debe ser firmado y fechado para ser válido, y no será efectivo hasta ser recibido por la oficina del Culinary Health Fund.

Firma del Participante/Asegurado: _____

Fecha: _____

Date Recorded (Sólo para uso de oficina)

REGRESE EL FORMULARIO COMPLETADO A:

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