

**DEATH BENEFIT BENEFICIARY DESIGNATION CARD - TARJETA DE BENEFICIOS DE MUERTE
CON DESIGNACION AL BENEFICIARIO**

Please complete all information and mail **PROMPTLY**.
Por favor complete esta información y regresela **PRONTO**.

Last Name-Apellido	First Name-Nombre	M.I.-Inicial	Soc. Sec. No.-Número de Seguro Social / /
Address (Dirección)	City (Ciudad)	State (Estado)	Zip
Birth Date-Fecha de Nacimiento <input type="checkbox"/> Single-Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorced-Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Married-Casado(a) <input type="checkbox"/> Widowed-Viudo(a)		Name of Employer-Nombre del Empresario	
Name of Beneficiary-Nombre del Beneficiario	Birth Date-Fecha de Nacimiento	Relationship-Relación	
Name of Spouse-Nombre del Cónyuge		Birth Date of Spouse-Fecha de Nacimiento del Cónyuge	
Eligible Dependents are:-Dependientes Eligibles			
Name-Nombre	Date of Birth-Fecha de Nacimiento	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Name-Nombre Date of Birth-Fecha de Nacimiento
Name-Nombre	Date of Birth-Fecha de Nacimiento	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Name-Nombre Date of Birth-Fecha de Nacimiento
Signature-Firma		Date Signed-Fecha de la Firma	

©  11
UF-90

**UNITED FOOD and COMMERCIAL WORKERS & EMPLOYERS
ARIZONA HEALTH & WELFARE TRUST**

GROUP
FUND
108