

**NATIONAL INDUSTRY PENSION FUND**  
**PARTICIPANT CENSUS CARD/BENEFICIARY DESIGNATION**  
**TARJETA DE CENSO DEL PARTICIPANTE/DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO**  
1800 MASSACHUSETTS AVE, N.W., SUITE 301, WASHINGTON, D.C. 20036-1202

**EMPLOYEE INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL EMPLEADO**

\_\_\_\_\_  
Last/Apellido

\_\_\_\_\_  
First/Nombre

\_\_\_\_\_  
M.I./Inicial del segundo nombre

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
(Social Security Number)/(Número del Seguro Social)

\_\_\_\_\_  
(Address)/(Dirección)

\_\_\_\_\_  
(City / State / Zip Code)/(Ciudad / Estado / Código postal)

\_\_\_\_\_  
(Date of Birth (Month/Day/Year))/(Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año))

\_\_\_\_\_  
(Date of Hire) / (Fecha de contratación)

MALE/MASCULINO

FEMALE/FEMENINO

SINGLE/SOLTERO/A

MARRIED/CASADO/A

\_\_\_\_\_  
(Local/Employer Name) / (Nombre del empleador/sección)

\_\_\_\_\_  
(Local/Employer Address: Number and Street) / (Dirección del empleador/sección: Número y calle)

\_\_\_\_\_  
(City / State / Zip Code)/(Ciudad / Estado / Código postal)

**BENEFICIARY DESIGNATION**  
**DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO**

Please complete one of the three sections below:

Complete una de las tres secciones a continuación:

**1. Single Participants:** If you are single, please list the name of the person you wish to receive possible benefits (including the percentage) on your behalf in the event of your death:

**1. Participantes solteros:** Si es soltero/a, indique el nombre de la persona que desea que reciba los posibles beneficios (incluido el porcentaje) en su nombre en caso de que usted muera:

\_\_\_\_\_  
(Name)/(Nombre)

\_\_\_\_\_  
(Social Security Number)/(Número del Seguro Social)

\_\_\_\_\_  
%

Percentage (50 or 100)/Porcentaje (50 or 100)

\_\_\_\_\_  
(Birthdate: Month/Day/Year)/(Fecha de nacimiento: Mes/Día/Año)

\_\_\_\_\_  
(Relationship)/(Relación)

\_\_\_\_\_  
(Beneficiary Address: Number and Street)/Dirección del beneficiario: Número y calle)

\_\_\_\_\_  
(City/State/Zip Code)/(Ciudad/Estado/Código postal)

\_\_\_\_\_  
(Name)/(Nombre)

\_\_\_\_\_  
(Relationship)/(Relación)

\_\_\_\_\_  
(Birthdate: Month/Day/Year)/(Fecha de nacimiento: Mes/Día/Año)

\_\_\_\_\_  
(Social Security Number)/(Número del Seguro Social)

\_\_\_\_\_  
Percentage (50 or 100)/Porcentaje (50 or 100)

\_\_\_\_\_  
(Beneficiary Address: Number and Street)/(Dirección del beneficiario: Número y calle)

\_\_\_\_\_  
(City/State/Zip Code)/(Ciudad/Estado/Código postal)

**2. Married Participants:** If you are married and naming your spouse as the beneficiary, please complete section below:  
**(Also, see reverse side)**

**2. Participantes casados:** Si está casado/a y desea nombrar a su cónyuge como beneficiario, complete la sección a continuación:  
**(Además, consulte el dorso)**

\_\_\_\_\_  
(Spouse Name)/(Nombre del cónyuge)

\_\_\_\_\_  
(Social Security Number)/(Número del Seguro Social)

\_\_\_\_\_  
(Spouse Birthdate: (Month/Day/Year)/(Fecha de nacimiento del cónyuge: (Mes/Día/Año)

**THIS SUPERSEDES ANY DESIGNATION OF BENEFICIARY FORM PREVIOUSLY SUBMITTED.  
ESTO REEMPLAZA CUALQUIER FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO PRESENTADO ANTERIORMENTE.**

\_\_\_\_\_  
**Employee Signature/Firma del empleado**

\_\_\_\_\_  
**Date/Fecha**

**SPOUSAL CONSENT FORM**  
**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE**  
**S.E.I.U. NATIONAL INDUSTRY PENSION FUND**

**3. Married Participants:** If you are married and want to name someone other than your spouse as beneficiary, **you and your spouse must sign this section. You must have this form notarized or witnessed by a Plan Representative.** If you are unable to locate your spouse, please contact the Benefit Funds Office for instructions at 1-800-458-1010 or by email at benefitfundinfo@seiufunds.org.

**3. Participantes casados:** Si está casado/a y desea nombrar a otra persona que no sea su cónyuge como su beneficiario, **usted y su cónyuge deben firmar esta sección. Un representante del plan debe certificar o atestiguar la veracidad de este formulario.** Si no puede ponerse en contacto con su cónyuge, comuníquese con la Oficina de los Fondos de beneficios al 1-800-458-1010 o por correo electrónico a benefitfundinfo@seiufunds.org para recibir instrucciones.

\_\_\_\_\_  
(Employee Name)/(Nombre del empleado)

\_\_\_\_\_  
(Date)/(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Employee Signature)/(Firma del empleado)

\_\_\_\_\_  
(Spouse Name)/(Nombre del cónyuge)

\_\_\_\_\_  
(Date)/(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Spouse Signature)/(Firma del cónyuge)

Instead of or in addition to your spouse, your beneficiaries are:  
En lugar de su cónyuge, o además de su cónyuge, sus beneficiarios son:

\_\_\_\_\_  
(Name)/(Nombre)

\_\_\_\_\_  
(Relationship)/(Relación)

\_\_\_\_\_  
(Social Security Number)/(Número del Seguro Social)

\_\_\_\_\_  
(Date of Birth)/(Fecha de nacimiento)

\_\_\_\_\_  
(Name)/(Nombre)

\_\_\_\_\_  
(Relationship)/(Relación)

\_\_\_\_\_  
(Social Security Number)/(Número del Seguro Social)

\_\_\_\_\_  
Date of Birth)/(Fecha de nacimiento)

State of \_\_\_\_\_

County of \_\_\_\_\_

On this, the \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, before me a notary public, the undersigned officer, personally appeared \_\_\_\_\_, known to me (or satisfactorily proven) to be the person whose name is subscribed to the within instrument, and acknowledged that he/she executed the same for the purposes therein contained.

In witness hereof, I hereunto set my hand and official seal.

\_\_\_\_\_  
Notary Public

My Commission Expires: \_\_\_\_\_