

**Life Insurance Beneficiary Form/Formulario de beneficiario de seguro de vida** • NYHTC & HA of NYC, Inc. Health Benefits Fund/Fondo de Beneficios Fondo de Beneficios de Salud



**Contact us/Para contactarnos**

305 W. 44th Street • New York, NY, 10036 • Phone: (212) 586-6400 • Fax: (212) 237-3061 • E-Mail: HBFservices@hotelfunds.org

<b>Section 1/Sección 1</b>	<b>Member Information/Información del Miembro</b>		
First Name/Nombre	M.I./Initial	Last Name/Apellido	Social Security Number/Número de seguro social

<b>Section 2/Sección 2</b>	<b>Life Insurance Beneficiary Information/Información del Beneficiario del Seguro de Vida</b>
----------------------------	---

Insert information of person(s) to whom your Life Insurance is to be paid. Assigned percentages must equal 100% *Ingrese el nombre y la dirección de la(s) persona(s) a quienes se le pagará su Seguro de Vida. Los porcentajes asignados deben ser iguales al 100 %*

<b>Beneficiary #1/Beneficiario #1</b>	First Name/Nombre	M.I./Initial	Last Name/Apellido	Date of Birth/Fecha de nacimiento
Assign % of Benefit/Asignar % de Beneficio	Relationship to Member/Relación con el Miembro :			
_____ %	Street Address/ Dirección	City/ Ciudad	State/Estado	Zip Code/Código postal
<b>Beneficiary #2/Beneficiario #2</b>	First Name/Nombre	M.I./Initial	Last Name/Apellido	Date of Birth/Fecha de nacimiento
Assign % of Benefit/Asignar % de Beneficio	Relationship to Member/Relación con el Miembro :			
_____ %	Street Address/ Dirección	City/ Ciudad	State/Estado	Zip Code/Código postal
<b>Beneficiary #3/Beneficiario #3</b>	First Name/Nombre	M.I./Initial	Last Name/Apellido	Date of Birth/Fecha de nacimiento
Assign % of Benefit/Asignar % de Beneficio	Relationship to Member/Relación con el Miembro :			
_____ %	Street Address/ Dirección	City/ Ciudad	State/Estado	Zip Code/Código postal
<b>Beneficiary #4/Beneficiario #4</b>	First Name/Nombre	M.I./Initial	Last Name/Apellido	Date of Birth/Fecha de nacimiento
Assign % of Benefit/Asignar % de Beneficio	Relationship to Member/Relación con el Miembro :			
_____ %	Street Address/ Dirección	City/ Ciudad	State/Estado	Zip Code/Código postal

<b>Section 3/ Sección 3</b>	<b>Signature/ Firma</b>
-----------------------------	-------------------------

By signing below, I certify that all information supplied on this form is accurate and complete. If I have previously assigned Life Insurance Beneficiaries under the NYHTC & HA of NYC, Inc. Health Benefits Fund, I hereby revoke any previous designations, and I designate the person, people, or entity named herein as beneficiaries. *Al firmar a continuación, certifico que toda la información proporcionada en este formulario es precisa y completa. Si previamente he asignado Beneficiarios de Seguro de Vida bajo el NYHTC & HA of NYC, Inc. Health Benefits Fund, por la presente revoco cualquier designación previa y designo a la persona, personas o entidad nombrada en este documento como beneficiarios*

Covered Member Signature/ Firma del miembro cubierto

Current Date (Month/Day/Year)/ Fecha actual (mes/día/año)