



**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN Y/O
DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE CON RESPECTO A
LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE PENSIONES Y EL PLAN DE AHORROS
JUBILATORIOS COMPLEMENTARIO DE 32BJ**

La política de los Fondos de Beneficios del Servicio de Edificios 32BJ, nos prohíbe revelar información sobre sus beneficios del Plan a otra persona sin su aprobación por escrito. Por favor lea este formulario cuidadosamente y escriba la información en letra de imprenta legible.

Nombre del participante

N° del Seguro Social

Fecha de nacimiento

Por la presente autorizo a la siguiente persona/entidad a recibir la información sobre los beneficios míos/del participante mencionado y/o lo designo como mi representante para que actúe en nombre mío/del participante mencionado.

Nombre de la Persona/Entidad Autorizada y/o Representante Designado

Dirección de la Persona/Entidad Autorizada y/o Representante Designado

Teléfono

Esta autorización/designación rige para:

- Plan de Pensiones del Servicio de Edificios 32BJ Plan de Ahorros Jubilatorios Complementario del Servicio de Edificios 32BJ

Autorizo a los Fondos de Beneficios (los Fondos) del Servicio de Edificios 32BJ a:

- tratar la información sobre elegibilidad/beneficios con la Persona/Entidad autorizada y/o Representante Designado.
- permitir a la Persona/Entidad autorizada mencionada y/o Representante Designado a efectuar transacciones (p. ej. cambio de domicilio y teléfono, información sobre depósito directo, cambio de beneficiario) en nombre del participante. He adjuntado un Poder de Representación debidamente ejecutado que nombra a la Persona/Entidad autorizada y/o Representante Designado mencionado. **Deben adjuntarse los documentos legales pertinentes. La presentación de dichos documentos es para que los Fondos los examinen y aprueben. Hasta tanto dichos documentos no hayan sido aprobados por los Fondos, no serán vinculantes para los Fondos.**
- permitir a mi Representante Designado presentar una queja, agravio o apelación en mi nombre o en nombre del participante mencionado.
- Otro (especificar): _____

Finalidad de esta Autorización (marque uno):

- A pedido del participante Otro: _____

Esta Autorización es válida mientras dure mi elegibilidad con los Fondos a menos que se indique una fecha de vencimiento distinta aquí:
(Especificar mes, día, año)

Entiendo que esta Autorización a Divulgar Información y/o la Designación de un Representante sólo permite las acciones especificadas arriba. **Entiendo que puedo revocar esta Autorización a Divulgar Información y/o Designación de un Representante en cualquier momento, excepto cuando ya se haya actuado basándose en la misma, pidiéndolo por escrito al Fondo.** Entiendo que la persona/entidad que he nombrado para que reciba información puede no estar sujeta a las leyes de privacidad. Podría divulgar la información y las leyes de privacidad ya no protegerían la información.

Por la presente afirmo que soy el participante mencionado o la persona con autoridad legal para actuar en nombre del participante mencionado.

Firma del participante/

Nombre en imprenta del participante

Fecha