

# Contrato Recíproco del BAC

## La Autorización Recíproco del Empleado

Marque con una X en todas las opciones que apliquen a usted:

**FONDOS**  El fondo que esta participando en la jubilación de asistencia definida [ Se llama: \_\_\_\_\_ ] que esta recibiendo las contribuciones para el trabajo realizado bajo la jurisdicción de BAC Unión Local \_\_\_\_\_ se localiza en: \_\_\_\_\_

**VIAJAS**  El fondo de Jubilación en que usted esta participando con sus contribuciones [Se llama: \_\_\_\_\_ ] que esta recibiendo las contribuciones para el trabajo realizado bajo la jurisdicción de BAC Unión Local \_\_\_\_\_ se localiza en: \_\_\_\_\_

**OS**  El fondo de Asistencia flexible de Salud y Bienestar en que usted esta participando [Se llama \_\_\_\_\_ ] que esta recibiendo las contribuciones para el trabajo realizado bajo la jurisdicción de BAC Unión Local \_\_\_\_\_ se localiza en: \_\_\_\_\_

Esta autorización es dada voluntariamente por mí y por mi caso; lo cual se seguirá en forzando y en efecto hasta que no haya trabajado en el área cubierta por este fondo de Jubilación o de la Salud y Bienestar por un tiempo de un año o hasta que él ultimo día del mes en que yo haga una petición por escrito de cancelar esta autorización y es recibida por el administrador de este fondo de Jubilación o de Salud y Bienestar.

Todo lo que sigue debe ser completado (EN LETRA DE IMPRENTA).

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
(mes/día/año)

NOMBRE \_\_\_\_\_ NUMERO DE \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO (código del área/numero)

DIRRECCIÓN \_\_\_\_\_  
(calle) (ciudad) (estado) o (provincia) (código postal)

**FONDOS** NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE NACAMIENTO (mes/día/año)

NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ MIEMBRO DE UNION LOCAL \_\_\_\_\_  
(empleados canadiense) (local casero)

**OS** FONDO LOCAL (asistencia definida) NOMBRE \_\_\_\_\_

**LOCAL** FONDO LOCAL (asistencia definida) LOCALIZACION \_\_\_\_\_ JURISDICCION \_\_\_\_\_  
(ciudad) (estado) o (provincia)

**OS** FONDO LOCAL (contribuciones definida) NOMBRE \_\_\_\_\_

**AL** FONDO LOCAL (contribuciones) LOCALIZACION \_\_\_\_\_ JURISDICCION \_\_\_\_\_  
(ciudad) (estado) o (provincia)

**ES** FONDO LOCAL (salud y bienestar) NOMBRE \_\_\_\_\_

FONDO LOCAL (salud y bienestar) LOCALIZACION \_\_\_\_\_ JURISDICCION \_\_\_\_\_  
(ciudad) ( estado) o (provincia)

FONDO LOCAL CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

RECIBIDO POR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
(mes/día/año)

POR FAVOR ENVIA ESTE FORMULARIO INMEDIAMENTE DESPUES DE QUE SEA FIRMADO A EL ADMINASTRADOR DEL PLAN QUE LE CORRESPONDA Y MANDE UNA COPIA A LA OFICINA DE COMPENSACION RECIPROCO.

Lo siguiente se aplica a todos los acuerdos recíprocos de la pensión:

Para recibir los créditos en relación de la jubilación en mi fondo local de jubilación mientras trabajo fuera de mi jurisdicción, por este medio faculto los fondos identificados arriba a recibir todas mis contribuciones por las horas trabajadas en el área cubierta por estos fondos y a transferir las horas y una cantidad equivalente de dinero a mis fondos locales correspondientes. También, faculto mis fondos locales a aceptar y aplicar las horas y dinero transferido por sus regulaciones, incluido algunas regulaciones que toman en consideración diferencias entre los niveles de contribuciones, el traslado y fondos locales.

Respecto a las horas y dinero que había transferido antes de esta autorización, por este medio renuncio alguno derecho en mi nombre y en nombre de mis dependientes o algo que designa algunas asistencias a los fondos identificados arriba y sobreseer el fondo o los fondos fiduciarios de parcial y toda responsabilidad.

La fecha efectiva de esta autorización debe ser el primer día del mes en cual esta autorización es firmada o recibida por el administrador del fondo o un representante de los fondos.

Su fondo local correspondiente es un a fondo de pensión que es suscriptor de este acuerdo reciproco lo cual pude ser: (A) los fondos de pensión que cubre los locales de las uniones del BAC si es un participante o tiene servicio de crédito en los fondos, o (B) si (A) no son aplicables a los fondos de pensiones en que el participante pertenece o tiene crédito por servicio prestado.

NOTA: Si usted no tiene ningún fondo local correspondiente, es un participante o tiene servicio de crédito en los fondos de pensión que cubren las oficinas de la unión local de BAC de que usted forma parte y ese fondo no participa en el acuerdo recíproco, no se le podrán transferir los fondos basado de este acuerdo.

Por favor Note: Si su fondo local correspondiente solamente tiene una asistencia definida y el fondo participante forma parte de ambos, el fondo de asistencia definido y un fondo de contribuciones definida, en este caso el empleado temporal puede elegir trasferir solamente el dinero del beneficio definido del fondo participante a el fondo local que le corresponda .

El dinero de los locales de empleados temporarios canadienses que están trabajando en los EEUU debe ser trasferido a la IPF Plan de Contribuciones Definidos. El dinero de los locales de empleados temporales americanos que están trabajados en Canadá debe ser transferido a la IPF Plan de Contribuciones Definidos.

Lo siguiente se aplica a todos los acuerdos recíprocos del bienestar

Para recibir los créditos en relación de salud y bienestar en mi fondo local correspondiente mientras trabajo fuera de la jurisdicción, por este medio faculto los fondos identificados arriba a recibir todas las contribuciones por las horas de trabajo en el área cubierta por el fondo y a transferir las horas y la cantidad de dinero a mi fondo local. También, faculto mis fondos locales a aceptar y aplicar las horas y dinero transferido basado en las regulaciones, incluido algunas regulaciones que toman en consideración diferencias entre los niveles de contribuciones el traslado y fondos locales.

Para horas y dinero que había trasladado antes de esta autorización, por este medio renuncio alguno derecho en mi nombre y el nombre de mis dependientes o algo que designa algunas asistencias a los fondos de salud y bienestar identificados arriba y sobreseer el fondo o los fondos fiduciarios de parcial y toda responsabilidad.

Le fecha efectiva de esta autorización debe ser el primer día del mes en cual esta autorización es firmada o recibido por el administrador del fondo o un representante de los fondos.

Su fondo local correspondiente es un a fondo de salud y bienestar que es suscriptor a este acuerdo reciproco cual es: (A) los fondos de salud y bienestar que cubre los locales de las uniones del BAC si es un participante o tiene servicio crédito en los fondos, o (B) si (A) no son aplicables, los fondos de salud y bienestar en que es en participante o tiene crédito por servicio prestado.

Si el IHF o recíproco acuerdo no esta efectivo, todo el dinero pueden ser transferido a la IPF Plan de Contribuciones Definidos.

NOTA: Si usted no tiene ningún fondo local correspondiente, es un participante o tiene servicio de crédito en los fondos de pensión que cubren la unión locales de BAC en que usted forma parte y ese fondo no participa en el acuerdo recíproco, no se le podrán transferir los fondos basado de este acuerdo.