CHURCH
PENSION FUND

19 East 34th Street
New York, NY 10016
(800) 223-6602
www.cpg.org

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Por la presente, autorizo al Church Pension Fund que proporcione información sobre mis beneficios de jubilación al inviduo(ales) nombrados a continuación.

- Mí abogado(a)

  Nombre: _____
  Dirección: _____
  _____
  Teléfono: _____
  Fax: _____
  Correo Electrónico :_____

  (Círcule uno)
- Mí Cónyuge
- Mí Ex Cónyuge
- Otro

  Parentesco: _____

  Nombre: _____
  Dirección: _____
  _____
  Teléfono: _____
  Fax: _____
  Correo Electrónico: _____

- El abogado de mí cónyuge, ex cónyuge o otra persona (como aplicable)

  Nombre: _____
  Dirección: _____
  _____
  Teléfono: _____
  Fax: _____
  Correo Electrónico: _____

Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que una revocación por escrita sea recibida por el Church Pension Fund. Todas las revocaciones deben ser enviadas a: The Church Pension Fund, c/o Legal Department, 19 East 34th Street, New York, NY 10016.

_____
Firma del Participante
Nombre (Imprima): _____
Número de Participante : _____
Fecha: _____

Ante mí, el notario firmante de abajo, apareció personalmente _____, conocido a mí persona, o me ha demostrado sobre la base de pruebas satisfactorias, ser la persona cuyo nombre es suscrito al instrumento previo, y ha reconocido ante mí que ella/él ejecutó el mismo con los propósitos y consideración en él expresada.

DADO BAJO MI PUÑO Y SELLO DE LA OFICINA, este _____ día de _____ de 20_____.

(Sello)

_____

Notario Público en y para _____
Mí comisión vence: _____