

SUNKIST RETIREMENT PLAN

REQUEST FOR INFORMATION ON MONTHLY RETIREMENT BENEFITS

I hereby request an estimated retirement calculation of the monthly benefits payable under the normal and optional forms of annuity and lump sum value available under the Plan.

Please check one:

I am requesting _____ Retirement package (includes lump sum) _____ In-Service distribution _____ Estimate (Age 62 and older)

NAME OF PARTICIPANT: _____
Print or Type Name

SOCIAL SECURITY NUMBER: _____ DATE OF BIRTH: _____

ADDRESS: _____
Street City/State/Zip Code

TELEPHONE NUMBER: () _____

DATE YOU WANT TO START YOUR SUNKIST RETIREMENT: _____
(Always the first day of any month)

ARE YOU STILL WORKING FOR SUNKIST OR AFFILIATED COMPANY? YES _____ NO _____

If so, number of hours per month: _____

LAST DAY WORKED: _____ CURRENT SUNKIST AFFILIATED EMPLOYER: _____

DID YOU WORK UNDER ANY OTHER SOCIAL SECURITY NUMBER(S): YES _____ NO _____

If yes, please provide copies of the Social Security you previously worked under Number(s): _____

SUNKIST AFFILIATED COMPANIES THAT YOU WORKED FOR: _____

Marital Status: (check one) Single _____ Married _____ Divorced _____ Spouse Deceased _____

Spouse's Name: _____ Spouse's Date of Birth: _____

Spouse's Social Security Number: _____ Date of Marriage: _____

IF APPLICABLE: (Spouse consent will be required, if married)

Beneficiary's Name: _____ Beneficiary's Date of Birth: _____

Beneficiary's Social Security Number: _____ Beneficiary's Relationship to you: _____

Participant Signature

Date

PLEASE ALLOW 8-10 WEEKS TO RECEIVE YOUR RETIREMENT PACKAGE.

Please mail form to:

**THE SUNKIST RETIREMENT BOARD
27770 N. ENTERTAINMENT DRIVE
VALENCIA, CA 91355-1092**

SUNKIST RETIREMENT PLAN
REQUISITO DE INFORMACION PARA BENEFICIOS MENSUALES DE RETIRO

Yo pido un estimado presupuesto de calculación del retiramiento para los beneficios mensuales pagados bajo la manera normal y opcional de la pensión y el valor de mi cuenta total disponible bajo el Plan.

Yo pido: _____ Un paquete completo (incluye suma total) _____ Distribución en servicio _____ Estimado
(Edad 62 años o más)

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____
Letra de molde

NUMERO DE SU SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO: _____
Calle Ciudad/Estado/# Postal

NUMERO TELEFONICO: () _____

FECHA QUE PROPONE SU RETIRO CON SUNKIST: _____
(Siempre el día primero de cualquier mes)

ACTUALMENTE TRABAJANDO PARA SUNKIST O SUS EMPRESAS AFILIADAS: SI _____ NO _____

Si respondió si, cuantas horas trabaja por mes: _____

ULTIMO DIA QUE TRABAJO: _____ EMPLEADOR ACTUAL _____

HA TRABAJADO BAJO OTRO(S) NÚMERO(S) DEL SEGURO SOCIAL: SI _____ NO _____

Si contesto si, bajo cuales números del seguro social: _____

EMPRESAS AFILIADAS DE SUNKISTQUE USTED TRABAJO PARA: _____

Status Matrimonial (marque uno): Soltero(a) _____ Casado(a) _____ Divorciado(a) _____ Esposo(a) Falleció _____

Nombre de cónyuge: _____ Fecha de nacimiento de cónyuge: _____

Numero del Seguro Social de cónyuge: _____ Fecha de Matrimonio: _____

SI APLICA: Nombre de su beneficiario: _____ Fecha de nacimiento del beneficiario: _____
(Consentimiento de su cónyuge, si es casado(a))

Numero de Seguro Social del beneficiario: _____ Su relación con el beneficiario: _____

Firma del Participante

Fecha

FAVOR DE ESPERAR DE 8-10 SEMANAS PARA PODER RECIBIR SU PAQUETE DE RETIRO.

Esta forma debe ser enviado a:

THE SUNKIST RETIREMENT BOARD
27770 N. ENTERTAINMENT DRIVE
VALENCIA, CA 91355-1092