

---

## FUNDO DE PENSÕES DOS TRABALHADORES DE MASSACHUSETTS

PO BOX 1501, Burlington, MA 01803

### DESIGNAÇÃO DO BENEFICIÁRIO DOS BENEFÍCIOS DE PENSÃO:

Se não é casado(a), ou se pretende nomear outro beneficiário que não o seu cônjuge, preencha o seguinte. Tenha em conta que se for casado(a), o seu cônjuge será automaticamente o seu beneficiário, salvo se ele ou ela concordar, por escrito, em nomear outro beneficiário. **N.º Soc:** \_\_\_\_\_

Nome do membro: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Nomeio pelo presente como meu beneficiário para receber quaisquer benefícios pagáveis, após o meu falecimento, pelo Fundo de Pensões dos Trabalhadores de Massachusetts:

Nome do Beneficiário \_\_\_\_\_ N.º Soc. \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ N.º Telefone \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Contingente ou \_\_\_\_\_% Nome do Benef. n.º2: \_\_\_\_\_

**(Assinale com um círculo uma das opções acima)**

Morada \_\_\_\_\_ **N.º Soc.** \_\_\_\_\_

Data de Nascimento n.º 2: \_\_\_\_\_ Parentesco n.º 2 \_\_\_\_\_ N.º Telefone n.º 2 \_\_\_\_\_

Assinatura do membro: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

*Se é membro de um sindicato e solteiro ou recém divorciado, solicite um cartão de Beneficiário de Saúde e Bem-Estar.*