

**FONDO DE PENSIONES DE LOS TRABAJADORES DE MASSACHUSETTS  
(MASSACHUSETTS LABORERS' PENSION FUND)**

P.O. BOX 1501. Burlington. MA 01803

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO DE INDEMNIZACIONES DE PENSIÓN:**

Si usted no está casado o desea nombrar a un beneficiario distinto a su cónyuge, proporcione la siguiente información. Tome en cuenta que, si está casado, su cónyuge será su beneficiario automáticamente a menos que él o ella acepte por escrito la designación de otro beneficiario. De Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

Mediante este documento, designo a la siguiente persona como mi beneficiario para recibir cualquier indemnización pagadera por el Fondo de Pensiones de los Trabajadores de Massachusetts al momento de mi fallecimiento:

Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

Contingente o \_\_\_\_\_% Nombre del Beneficiario # 2: \_\_\_\_\_

(Encierre una en un círculo)

Dirección: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

Fecha de Nac. # 2: \_\_\_\_\_ Relación # 2: \_\_\_\_\_ Teléfono # 2: \_\_\_\_\_

Firma del miembro \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_