MASSACHUSETTS LABORERS' PENSION FUND

P.O. Box 1501, 1400 District Avenue, Suite 200
Burlington, Massachusetts 01803
Telephone (781) 272-1000 • Toll Free (800) 342-3792 • Fax (781) 272-2226 • pension@mlbf.org

Preencha este formulário e devolva-o ao nosso escritório

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.

Nome do membro: _____ N.º Soc: _____

N.º Telefone _____ Data de Nascimento: _____

Morada: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Primario ou ____% Percentual para beneficiario

Nome deo beneficiario: _____ N.º Soc: _____

Data de Nascimento: _____ Parentesco: _____ N.º Telefone: _____

Morada: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contingente ou ____% Percentual para beneficiario

Nome deo beneficiario: _____ N.º Soc: _____

Data de Nascimento: _____ Parentesco: _____ N.º Telefone: _____

Morada: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código postal: _____

_____ _____

Assinatura do membro Data

Se e membro de um sindicato e solteiro ou recem divorciado, solicite um cartao de Beneficiario de Saude e Bern-Estar.