



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

Por favor complete y devuelva este formulario a **nuestra oficina.**

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO DE INDEMNIZACIONES DE PENSIONES

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 el o ella acepte por escrito la designación de otro beneficiario.

Nombre del Miembro: _____ Numero de Seguro social: _____

Telefono: _____ Fecha de nacimiento: _____

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:

Primaria o ____% Porcentaje de beneficiario

Nombre del beneficiario: _____ Numero de Seguro social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____ Telefono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contingente o ____% Porcentaje de beneficiario

Nombre del beneficiario: _____ Numero de Seguro social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____ Telefono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Firma del miembro

Fecha

Si usted es miembro de un Sindicato y esta soltero o se divorcio recientemente, solicite una tarjeta de Beneficiario de Salud y Bienestar.