

# FUNDO DE PENSÕES DOS TRABALHADORES DE MASSACHUSETTS

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

## FUNDO DE PENSÕES DOS TRABALHADORES DE MASSACHUSETTS Formulário de Autorização de Depósito Direto

Autorizo pelo presente o Fundo de Pensões dos Trabalhadores de Massachusetts, adiante designado por "Fundo" a iniciar operações de crédito por depósito direto na minha ( ) Conta corrente ( ) Conta poupança (*selecione uma*) no banco designado abaixo, adiante designado por "Banco" e a creditar as mesmas em tal conta.

<b>NOME DO BANCO</b>	<b>BALCÃO</b>	
<b>CIDADE</b>	<b>ESTADO/PROVÍNCIA</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
<b>N.º TEL. BANCO</b>	<b>EXT.</b>	
<b>N.º DE ID. DO BANCO</b>	<b>N.º DE CONTA</b>	

Se não sabe o seu número de conta ou número de identificação do banco, contacte este último e solicite tal informação. Certifique-se de que identifica se é uma conta corrente ou conta poupança.

Esta autorização deverá permanecer em pleno vigor e efeito até que o "Fundo" tenha recebido uma notificação POR ESCRITO, enviada por mim, a dar conhecimento do seu cancelamento, da maneira e no momento suscetíveis de dar ao "Fundo" e ao "Banco" uma oportunidade razoável de reagir ao mesmo.

**NOME DO PENSIONISTA/BENEFICIÁRIO:** \_\_\_\_\_  
(Imprima)

**N.º da Seg. Social do PENSIONISTA/BENEFICIÁRIO:** \_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO PENSIONISTA/BENEFICIÁRIO:** \_\_\_\_\_  
(Nome) (Data)

**N.º DE TELEFONE DE CASA:** \_\_\_\_\_ **N.º LOCAL** \_\_\_\_\_  
(Caso tenhamos dificuldades com este formulário)

**Obs.:** Todas as autorizações de crédito por escrito devem prever que o recetor apenas pode revogar a autorização, notificando o emissor da forma especificada nesta autorização.

\* PREENCHA ESTE FORMULÁRIO PARA RECEBER OS SEUS CHEQUES DE PENSÃO\*  
**OBRIGATÓRIO**