
FUNDO DE ANUIDADE PARA OS TRABALHADORES DE MASSACHUSETTS

PO BOX 1501, Burlington, MA 01803

DESIGNAÇÃO DO BENEFICIÁRIO DOS BENEFÍCIOS DA PENSÃO:

Se você não for casado ou deseja indicar um beneficiário diferente do seu cônjuge, preencha as seguintes informações. Lembre-se de que, caso seja casado, o seu cônjuge será automaticamente o seu beneficiário, a menos que ele/a concorde, por escrito, que outro indivíduo seja o beneficiário

Seguridade social _____

NOME DO ASSOCIADO: _____

Endereço: _____

Endereço: _____

Por meio desta, indico o seguinte indivíduo como meu beneficiário para receber quaisquer benefícios a serem pagos, como resultado da minha morte, pelo Fundo de Pensão para os Trabalhadores de Massachusetts:

Nome do Beneficiário _____ Seguridade Social _____

Data de Nascimento _____ Relação: _____ Telefone: _____

Endereço _____

Contingente ou _____% dos benefícios Nome 2: _____

(Circule uma opção)

Endereço _____ Seguridade Social _____

Data de Nascimento 2: _____ Relação 2 _____ Telefone 2 _____

Se você for associado ao sindicato e solteiro ou recentemente divorciado, solicite um cartão de Saúde e Bem-Estar do Beneficiário.