

**FONDO DE ANNUITY DE LOS TRABAJADORES DE MASSACHUSETTS  
(MASSACHUSETTS LABORERS' ANNUITY FUND)**

P.O. BOX 1501, Burlington, MA 01803

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO DE INDEMNIZACIONES DE ANNUITY:**

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: \_\_\_\_\_

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

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 \_\_\_\_\_%  
(Encierre una en un círculo)

Nombre del Beneficiario # 2: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

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

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