
FUNDO DE PENSÕES DOS TRABALHADORES DE MASSACHUSETTS

PO BOX 1501, Burlington, MA 01803

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. **N.º Soc:** _____

Nome do membro: _____

Morada: _____

Morada: _____

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

Nome do Beneficiário _____ N.º Soc. _____

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

Morada _____

Contingente ou _____% Nome do Benef. n.º2: _____

(Assinale com um círculo uma das opções acima)

Morada _____ **N.º Soc.** _____

Data de Nascimento n.º 2: _____ Parentesco n.º 2 _____ N.º Telefone n.º 2 _____

Assinatura do membro: _____ Data: _____

Se é membro de um sindicato e solteiro ou recém divorciado, solicite um cartão de Beneficiário de Saúde e Bem-Estar.