

**FONDO DE PENSIONES DE LOS TRABAJADORES DE MASSACHUSETTS
(MASSACHUSETTS LABORERS' PENSION FUND)**

P.O. BOX 1501. Burlington. MA 01803

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO DE INDEMNIZACIONES DE PENSIÓN:

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: _____

Dirección: _____

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 _____% Nombre del Beneficiario # 2: _____

(Encierre una en un círculo)

Dirección: _____ # de Seguro Social _____

Ciudad: _____ Estado _____ código postal _____

Fecha de Nac. # 2: _____ Relación # 2: _____ Teléfono # 2: _____

Firma del miembro _____ Fecha: _____