

**FONDO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS TRABAJADORES DE MASSACHUSETTS**

P.O. Box 1501 • 1400 District Avenue, Suite 200 • Burlington, MA 01803

**Designación de Beneficiario de los Fondos de Salud y Bienestar:**

Nombre del Miembro \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Local Unión # \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Beneficiario \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre del Beneficiario \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Relación con el Miembro \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

“Revoco todas las designaciones de beneficiarios anteriores y realizo el siguiente nombramiento con respecto a la indemnización por muerte que proporcionan ahora y o en el futuro según el Fondo de Salud y Bienestar ÚNICAMENTE, y que cualquier designación al Fondo de Pensión y/o Anualidad requieren de formularios independientes y separados de cada Fondo. Me reservo el derecho de introducir más cambios en el futuro.”



\_\_\_\_\_  
Firma de Miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo (Otro que no sea el Beneficiario)

\_\_\_\_\_  
Fecha