



# MASSACHUSETTS LABORERS' ANNUITY FUND

P.O. Box 1501, 1400 District Avenue, Suite 200  
Burlington, Massachusetts 01803  
Telephone (781) 272-1000 • Toll Free (800) 342-3792 • Fax (781) 272-2226 • annuity@mlbf.org

Preencha este formulário e devolva-o ao **nosso escritório**

## DESIGNAÇÃO DO BENEFICIÁRIO DOS BENEFÍCIOS DE ANUIDADE:

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.

Nome do membro: \_\_\_\_\_ N.º Soc: \_\_\_\_\_

N.º Telefone \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

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

### Primario ou \_\_\_\_% Percentual para beneficiario

Nome do beneficiário: \_\_\_\_\_ N.º Soc: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ N.º Telefone: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### Contingente ou \_\_\_\_% Percentual para beneficiario

Nome do beneficiário: \_\_\_\_\_ N.º Soc: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ N.º Telefone: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do membro

\_\_\_\_\_  
Data

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