



# Benefit Funds

PENSION | HEALTH & WELFARE | 401K

1800 Massachusetts Avenue, NW,  
Suite 301, Washington, DC 20036

## BENEFICIARY DESIGNATION FORM FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

PENSIONER'S NAME/NOMBRE DEL PENSIONADO: \_\_\_\_\_

SOCIAL SECURITY NUMBER/NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

ADDRESS/DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Designation of Beneficiary:** I hereby designate the following named beneficiary who if living at my death will be responsible for notifying the Fund Office of my death and will provide any documentation needed to close out my file with the Pension Fund Office. I also understand that additional benefits *may not* be payable at my death.

**Designación del beneficiario:** Por el presente, nombro al siguiente beneficiario designado quien, si estuviese vivo al momento de mi muerte, será responsable de notificarme mi muerte a la Oficina del Fondo y suministrará cualquier documentación necesaria para cerrar mi expediente en la Oficina del Fondo de pensiones. Comprendo también que *es posible* que no existan beneficios adicionales pagaderos al momento de mi muerte.

NAME OF BENEFICIARY/ NOMBRE DEL BENEFICIARIO: \_\_\_\_\_

BENEFICIARY'S SSN/N.º DE SEGURO SOCIAL DEL BENEFICIARIO: \_\_\_\_\_

ADDRESS/DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RELATIONSHIP TO PENSIONER/RELACIÓN CON EL PENSIONADO:** \_\_\_\_\_

**PENSIONER'S SIGNATURE/FIRMA DEL PENSIONADO:** \_\_\_\_\_

**DATE/FECHA:** \_\_\_\_\_