

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN LOS BENEFICIOS
FONDO DE PENSIONES DEL SINDICATO DEL LOCAL 32 DE
TRABAJADORES Y EMPLEADORES DE LA INDUSTRIA DE ALIMENTOS Y BEBIDAS
SOCIEDAD DE CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN DE TRABAJADORES DE SERVICIO
 7130 Columbia Gateway Drive, Suite A, Columbia, MD 21046
 Teléfono: (410) 872-9500

<u>Información del miembro</u>			
<u>Nombre</u>		Número de Seguro Social	
_____	_____	_____	_____
Apellidos	Nombre	Inicial	- - - -
<u>Dirección</u>			
_____	_____	_____	_____
Calle	Ciudad	Estado	Cód. Postal
<u>Fecha de nacimiento</u>		<u>Sexo</u>	
No. telefónico en casa () _____	____/____/____	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
	Mes Día Año		
No. de celular () _____	Dirección de correo electrónico: _____		

<u>Designación de beneficiarios de los beneficios por fallecimiento</u>			
Reconozco que el Fondo pagará mis beneficios por fallecimiento según la designación de beneficios recibida más recientemente en la Oficina del Fondo antes de mi fallecimiento.			
<u>Nombre del beneficiario principal</u>		No. de Seg. Soc. _____	
_____	_____	_____	_____
Apellidos	Nombre	Inicial	Relación
<u>Dirección</u> (Completar si la dirección del beneficiario no es la misma que del miembro)			
_____	_____	_____	_____
Calle	Ciudad	Estado	Cód. Postal
<u>Nombre del beneficiario secundario</u>		No. de Seg. Soc. _____	
_____	_____	_____	_____
Apellidos	Nombre	Inicial	Relación
<u>Dirección</u> (Completar si la dirección del beneficiario no es la misma que del miembro)			
_____	_____	_____	_____
Calle	Ciudad	Estado	Cód. Postal

Fecha _____ Firma del miembro _____