

**FONDO DE PENSIONES DEL SINDICATO DEL LOCAL 32 DE
TRABAJADORES Y EMPLEADORES DE LA INDUSTRIA DE ALIMENTOS Y BEBIDAS
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
(410) 872-9500**

Estimado jubilado:

En caso de su fallecimiento, quisiéramos poder localizar a su pariente más cercano o a cualquier otra persona que sea responsable de sus asuntos finales para que podamos obtener una copia del certificado de defunción y pagar cualquier beneficio que corresponda.

Sírvase llenar la porción al pie de este formulario y devuélvalo a la Oficina del Fondo. Guardaremos esta información en su expediente y no se usará para ningún otro fin que no sea el indicado anteriormente.

Gracias de antemano por su cooperación. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina del Fondo.

~~~~~  
**ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE**

\_\_\_\_\_  
**(Su nombre)**

\_\_\_\_\_  
**(Su número de Seguro Social)**

~~~~~

**(Nombre del pariente más cercano o la persona responsable de sus asuntos)
(Parentesco con usted)**

(Dirección de la calle)

(Ciudad/Estado/Código postal)

(Número telefónico)

(Número de Seguro Social)

(Fecha de nacimiento)