



# Benefit Funds

PENSION | HEALTH & WELFARE | 401K

P.O. Box 22650  
Lehigh Valley, PA 18002-2650

## FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

NOM DU/DE LA PENSIONNÉ(E) : \_\_\_\_\_

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Désignation du/de la bénéficiaire : Je désigne par la présente le ou la bénéficiaire suivant(e) qui, s'il ou si elle est toujours vivant(e) à mon décès, sera responsable d'aviser le Fonds de prestation de mon décès et fournira toute la documentation nécessaire pour fermer mon dossier auprès du Fonds de prestation de retraite. Je comprends également qu'aucune autre prestation ne pourra être versée.

NOM DU BÉNÉFICIAIRE : \_\_\_\_\_

N° D'ASS. SOC. DU/DE LA BÉNÉFICIAIRE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LIEN AVEC LE/LA PENSIONNÉ(E) : \_\_\_\_\_

NOM DU/DE LA PENSIONNÉ(E) : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_