



# Benefit Funds

PENSION | HEALTH & WELFARE | 401K

P.O. Box 22650

Lehigh Valley, PA 18002-2650

Toll Free: 800.458.1010 – Fax: 202.842.0046

## Estimate Request Form / Formulaire de requête estimée

### Personal Data / Donnée

NAME / NOM: \_\_\_\_\_ S.I.N. / NAS \_\_\_\_\_

ADDRESS / ADRESSE: \_\_\_\_\_

CITY / VILLE: \_\_\_\_\_ PROVINCE / PROVINCE: \_\_\_\_\_

POSTAL CODE / CODE POSTAL: \_\_\_\_\_

NAME OF CURRENT EMPLOYER / NOM DE L'EMPLOYEUR ACTUEL: \_\_\_\_\_

CURRENT EMPLOYER'S ADDRESS / ADRESSE DE L'EMPLOYEUR ACTUEL: \_\_\_\_\_

LOCAL UNION / SYNDICAT: \_\_\_\_\_ DATE HIRED / DATE D'EMBAUCHE: \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

ESTIMATED RETIREMENT DATE: / DATE DE RETRAITE ESTIMÉE: \_\_\_\_\_

### Employment History / Historique d'emploi:

Name of Employer / Nom de l'employeur:	Dates of Employment / Dates d'emploi	
	From / De (Month/Year) / (mois/année)	To / À (Month/Year) / (mois/année)

X \_\_\_\_\_  
Participant Signature / Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Date Signed / Date de signature

