

Laundry and Dry Cleaning Workers Local No. 52 Health & Welfare Trust Fund

Administered By: Benefit Programs Administration
Telephone • (562) 463-5060 • (800) 524-8687 • FAX (562) 463-5894

LIFE INSURANCE BENEFICIARY FORM

Name of the Employee (please print) Social Security Number Date of Birth

Address City State Zip Code

(_____) _____
Telephone Number Employer Name Date of Hire

BENEFICIARY INFORMATION

(I hereby revoke any and all prior Beneficiary Cards Executed by me)

Name of the Beneficiary Age Relationship

Beneficiary's Address City State Zip Code

Signature Date

Laundry and Dry Cleaning Workers Local No. 52 Health & Welfare Trust Fund

Administered By: Benefit Programs Administration
Telephone • (562) 463-5060 • (800) 524-8687 • FAX (562) 463-5894

FORMA DE BENEFICIARIO DE SEGURO DE VIDA

Nombre Del Empleado (favor de imprimir) Numero de Seguro Social Fecha de Nacimiento

Dirección Ciudad Estado Zona Postal

(_____) _____
Número de Teléfono Nombre Del Empleador Fecha de Empleo

INFORMACION DE BENEFICIARIO

(Por la presente revocare todas y cada una de las tarjetas de beneficiario anteriores ejecutadas por mi)

Nombre del Beneficiario Edad Relación

Dirección del Beneficiario Ciudad Estado Zona Postal

Firma Fecha