



African Survivor Benefit Fund

Fundo de Benefício para Sobreviventes Africanos

Fonds africain de garantie aux survivants

Administered by / Administrado por / Administré par :

Adventist Risk Management,® Inc.

12501 Old Columbia Pike, Silver Spring, MD 20904

Telephone / Telefone / Téléphone: 1 (888) 951-4276, press 2 / pressione 2 / option 2 | Fax: (301) 453-7060

African Survivor Benefit Fund Enrolment/Beneficiary Form

Inscrição no Fundo de Benefício para Sobreviventes Africanos/Formulário para o Beneficiário

Souscription au fonds africain de garantie aux survivants : formulaire de déclaration des bénéficiaires

▶ PART A. Employer Information / Informações do Empregador / Renseignements sur l'employeur

1. Division / Divisão / Division	2. Union / União / Union	3. Conference/Mission/Institution/Entity (Associação/Missão/Instituição/Entidade) Conférence/Mission/Institution/Entité
4. Employment Status / Situação de Emprego / Statut de l'emploi <input type="checkbox"/> Full-time / Tempo Integral / Plein Temps _____ hours per week / horas por semana / heures par semaine.		

▶ PART B. Employee Information / Informações do funcionário / Renseignements sur l'employé(e)

1. Surname / Sobrenome / Nom de Famille	2. Given Name / Nome / Prénom	3. Date of Birth / Data de Nascimento / Date de Naissance
4. Date of Hire / Data de Contratação / Date D'embauche	5. Job Title / Cargo / Titre du poste	6. Benefit Effective Date / Data de início do benefício/ Date d'entrée en vigueur de la garantie
7. Spouse's Date of Birth / Data de Nascimento do Cônjuge / Date de naissance du conjoint	8. Spouse's Surname / Sobrenome do Cônjuge / Nom de famille du conjoint	9. Spouse's Given Name / Nome do Cônjuge / Prénom du conjoint
10. Place an "X" in the appropriate box below / Marque com um "X" o item apropriado / Cochez d'un "X" les cases appropriées a. <input type="checkbox"/> Male / Masculino / Homme <input type="checkbox"/> Female / Femenino / Femme b. <input type="checkbox"/> Single, Widowed, Divorced / Solteiro, Viúvo, Divorciadoo / Celibataire, Veuf(ve), Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Married / Casado / Marié(e)		
10. Nationality / Nacionalidade / Nationalité	11. Country of Employment / País de Emprego / Pays d'affectation	

▶ PART C. Beneficiary Information / Informações dos beneficiários / enseignements sur les bénéficiaires

	Surname / Sobrenome / Nom de famille	Given Name / Nome / Prénom	Relationship/Parentesco/ Parenté	%
Primary / Principal / Principal	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			
	6.			
	7.			
	8.			
	9.			
	10.			
	11.			
	12.			
Contingent / Secundário / Secondaire				



African Survivor Benefit Fund
Fundo de Benefício para Sobreviventes Africanos
Fonds africain de garantie aux survivants

Page / Página 2

Employee Signature / Assinatura do funcionário / Signature de l'employé X _____	Date / Data / Date	
Employer Signature / Assinatura do empregador / Signature de l'employeur X _____ <small>Employer Name (please print) / Nome do empregador (em letra de forma) / Nom de l'employeur (en caractères d'imprimerie)</small>	Title / Cargo / Poste	Date / Data / Date

▷ Change of Beneficiary / Mudança de beneficiário/Changement de bénéficiaire

Date / Data / Date	New Beneficiary / Novo Beneficiário / Nouveau bénéficiaire		Relationship / Parentesco / Lien de parenté
	Family Name / Sobrenome / Nom de famille	Given Name / Nome / Prénom	

EMPLOYER: KEEP THIS FORM IN THE EMPLOYEE FILE. AT A TIME OF CLAIM, PRESENT THE FORM TO ARM.

EMPREGADOR: MANTENHA ESTE FORMULÁRIO NO ARQUIVO DO FUNCIONÁRIO. APRESENTE O FORMULÁRIO À ARM NO MOMENTO DO SINISTRO

EMPLOYEUR : GARDEZ CE FORMULAIRE DANS LE DOSSIER DE L'EMPLOYÉ. PRÉSENTEZ LE FORMULAIRE À ARM LORS D'UNE DEMANDE D'INDEMNISATION.