



PO Box 50434
 Indianapolis, Indiana 46250
 800.595.4131 or 317.774.3954
 FAX: 317.774.3955
 wpf@wesleyan.org
 wesleyanpensionfund.com

FORMULARIO DE ELECCIÓN DE INVERSIÓN PARA PARTICIPANTES

He leído los materiales apropiados y ordeno al Wesleyan Pension Fund a que coloque mis futuras contribuciones en las opciones de inversión en los porcentajes indicados. Este formulario es solamente para inscribirse en el plan. (Tres páginas.)

A. INFORMACIÓN PERSONAL

Por favor escriba con letra de imprenta o tipéelo—utilice tinta negra solamente

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre (inicial) _____
 Seguro Social # _____ Hombre Mujer Fecha de contratación (DD/MM/AAAA) _____
 Dirección de hogar _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) _____ Fecha de nacimiento de esposo/a (DD/MM/AAAA) _____
 Marque uno: Ministro Persona laica Distrito _____ Empleador _____
 Teléf. de casa _____ Teléf. celular _____ Teléf. de oficina _____
 Correo electrónico _____

B. OPCIONES DE INVERSIÓN

OPCIÓN 1: HÁGALO POR MÍ

*Cartera Wesleyana de Fecha de Retiro (Wesleyan Target Retirement Date Portfolio, en inglés):
 ¡la forma más rápida y sencilla de comenzar a ahorrar desde ya!*

- Entiendo que las contribuciones serán dirigidas dentro de la Cartera Wesleyana de Fecha de Retiro según mi edad de jubilación prevista o según lo defina el plan de jubilación de mi empleador si no se ingresa la edad en la sección de Información Personal.
- Su elección de inversión será efectiva cuando se reciba en nuestro Centro Corporativo.
- Si no se recibe ninguna elección de inversión, o si se reciben contribuciones antes de su elección de inversión, las contribuciones se depositarán según la dirección de su empleador.
- Todas sus contribuciones hechas a este plan, incluidas las contribuciones de reinversión, se invertirán utilizando los porcentajes enumerados en este documento. Puede transferir sus contribuciones o cambiar las elecciones de inversión según lo permita el plan.

OPCIÓN 2: OPCIONES PERSONALIZADAS

*Seleccione una opción de Cartera o cualquier combinación de las opciones de Fondo único y una opción de Cartera:
 el total de las selecciones debe ser igual al 100 por ciento*

OPCIONES DE FECHA DE RETIRO (Una)

Cartera de Retiro Wesleyano	_____%
Cartera Wesleyana 2020	_____%
Cartera Wesleyana 2025	_____%
Cartera Wesleyana 2030	_____%
Cartera Wesleyana 2035	_____%
Cartera Wesleyana 2040	_____%
Cartera Wesleyana 2045	_____%
Cartera Wesleyana 2050	_____%
Cartera Wesleyana 2055	_____%

OPCIONES DE INVERSIÓN DE UN SOLO FONDO

American Funds New World Fund	_____%
American Funds Washington Mutual Investors Fd	_____%
GuideStone Medium-Duration Bond Fund	_____%
MassMutual Select Mid Cap Growth Equity Fund II	_____%
Metropolitan West Total Return Bond	_____%
Oakmark International Fund	_____%
PIMCO Income Fund/Administrative	_____%
Principal Large Cap S&P 500 Index	_____%
Principal MidCap S&P 400 Index	_____%
Principal Small Cap Fund	_____%
Principal Real Estate Securities Fund	_____%
Steward Large Cap Enhanced Index Fund	_____%
T. Rowe Price Blue Chip Growth Fund	_____%
Wells Fargo Advantage Special Mid Cap Value Fd	_____%
Wesleyan Investment Foundation	_____%

C. REDUCCIÓN VOLUNTARIA DE SALARIO

Porcentaje de Contribuciones

Difiera \$ _____ o _____ % por mes de mi salario actual y futuro. (Ingrese -0- aquí si elige no diferir). Este acuerdo se aplica a las cantidades ganadas hasta que yo las haya modificado por escrito. Entiendo que el patrocinador de mi plan puede reducir mi diferimiento solo cuando sea requerido para cumplir ciertos límites del plan.

El límite actual en dólares para las reducciones voluntarias salariales es de \$19.000. Si tiene más de 50 años, se pueden aportar \$6.000 adicionales por un total de \$25.000. Por favor, póngase en contacto con su asesor fiscal para obtener asesoramiento. Estos límites pueden cambiar cada año calendario. La firma del Tesorero / Empleador es requerida solo si usted participa en esta opción.

X

Tesorero/Empleador
(Se requiere solo para reducciones voluntarias de salario)

Fecha

D. FORMULARIO DE BENEFICIARIO

Ver página 3

El formulario adjunto del Beneficiario **debe** ser completado (incluida la firma) y debe acompañarse con su formulario de Elección e Inversión del Participante.

Los formularios de beneficiario también están disponibles en nuestro sitio web: www.wesleyanpensionfund.com.

E. FIRMA

Último paso

Por favor, firme y coloque la fecha en las líneas de abajo. Esto indica que está de acuerdo y que ha completado estos formularios de inscripción.

X

Firma del participante

Fecha

Para ayudar a garantizar que recibe informes precisos que reflejen la inversión correcta de las contribuciones de su plan, revise periódicamente todos los informes y notifique de inmediato cualquier discrepancia.

Después de completar este formulario, envíelo por correo a Wesleyan Pension Fund Inc. a la dirección que aparece arriba (en la primera página). Se le enviará una carta con instrucciones sobre cómo acceder a la información de su cuenta y se mostrará una confirmación de su elección en su informe semestral. Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese con nosotros. Si no elige ninguna de las opciones anteriores de inversión, sus contribuciones se asignarán a la Opción Moderada. Puede cambiar su asignación en cualquier momento.

¡Sirviéndole para Su beneficio!



Las opciones de inversión en el plan no están aseguradas ni garantizadas por Wesleyan Pension Fund Inc., por ningún banco, por Federal Deposit Insurance Corporation ni por ninguna otra agencia gubernamental. La inversión en los fondos implica un riesgo de inversión, incluida la posible pérdida de la cantidad de capital invertida. Los fondos no han sido aprobados ni desaprobados por la Comisión de Seguridad Cambiaria (Securities Exchange Commission, en inglés) ni por ninguna autoridad reguladora estatal. Por favor ordene y lea el documento de propuesta del fondo con mucho cuidado antes de invertir.



PO Box 50434
Indianapolis, Indiana 46250
800.595.4131 or 317.774.3954
FAX: 317.774.3955
wpe@wesleyan.org
wesleyanpensionfund.com

FORMULARIO DEL BENEFICIARIO

PARTICIPANTE

Por favor escribe con letra de imprenta o tipéelo

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre (inicial) _____
Seguro Social # _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Correo electrónico _____

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

BENEFICIARIO PRIMARIO

Persona _____ Relación _____
Seguro Social # _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección (si es diferente a la anterior) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

DESIGNACION DE BENEFICIARIO

BENEFICIARIO CONTINGENTE

Nombre y apellido _____ Relación _____
Seguro Social # _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____

Nombre y apellido _____ Relación _____
Seguro Social # _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____

Nombre y apellido _____ Relación _____
Seguro Social # _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____

Nombre y apellido _____ Relación _____
Seguro Social # _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____

X

Firma del participante

Fecha