

# Acuerdo de Inscripción 403(b) - Empleado

## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre Completo		Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	
Género	Número de Teléfono	Email		
Dirección Postal		Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección Física (Si es diferente de la anterior)		Ciudad	Estado	Código Postal

## INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del Empleador			Fecha de Contratación
Dirección del Empleador		Ciudad	Estado Código Postal
Administrador de Nóminas o Persona de Contacto			Teléfono
Email de la Persona de Contacto			

- Esta es una inscripción original  
 Esta es una inscripción enmendada

## INSTRUCCIONES DE INVERSIÓN (Si no se realiza una elección, el 100% de las contribuciones se invertirán en el Fondo Visión)

ASIGNACIÓN	SUELDO DIFERIDO	CONTRIBUCIÓN DEL EMPLEADOR	FONDOS TRANSFERIDOS
<b>Fondo Visión</b> (Ofrecido por Church Extension Plan)	_____ %	_____ %	_____ %
<b>Fondos Mutuos*</b> (Ofrecidos por Envoy Financial - Véase la Lista Adjunta)	_____ %	_____ %	_____ %
<b>Totales</b>	<b>100</b> %	<b>100</b> %	<b>100</b> %

\*Usted recibirá información para [envoyfinancial.com](http://envoyfinancial.com) donde creará un login y dará su(s) instrucción(es) de inversión. Las contribuciones se invertirán en el fondo de Fecha Objetivo que más se acerca a su 65 cumpleaños hasta que usted dé su(s) instrucción(es) de inversión.

Continuación próxima página >





## DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Si desea nombrar como su beneficiario principal a alguien que no sea su cónyuge, se requiere la firma notariada de su cónyuge en la página 3 para otorgar su consentimiento conyugal. Favor de consultar el Manual del Empleado (Employee Handbook) para más información sobre los beneficios por defunción. En caso de su defunción, el/los beneficiario(s) principal(es) nombrado(s) abajo recibirá(n) el valor de su cuenta. Si algún beneficiario principal fallece antes que usted, su interés terminará por completo y el porcentaje de cualquier beneficiario principal restante incrementará de forma prorrateada. Si ningún beneficiario principal le sobrevive a usted, el/los beneficiario(s) contingente(s) adquirirán la parte designada de la cuenta de jubilación. Para nombrar beneficiarios adicionales, adjunte una hoja separada.

Estado Civil:  Casado/a  Soltero/a

**Beneficiario 1**  Primario  Contingente

Nombre Completo de Individuo/Organización	Relación	Distribución %	
Número de Seguro Social/Número de Identificación Fiscal	Fecha de Nacimiento	Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

**Beneficiario 2**  Primario  Contingente

Nombre Completo de Individuo/Organización	Relación	Distribución %	
Número de Seguro Social/Número de Identificación Fiscal	Fecha de Nacimiento	Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

**Beneficiario 3**  Primario  Contingente

Nombre Completo de Individuo/Organización	Relación	Distribución %	
Número de Seguro Social/Número de Identificación Fiscal	Fecha de Nacimiento	Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

**Beneficiario 4**  Primario  Contingente

Nombre Completo de Individuo/Organización	Relación	Distribución %	
Número de Seguro Social/Número de Identificación Fiscal	Fecha de Nacimiento	Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Favor de listar cualquier beneficiario(s) adicional(es) en una hoja separada y adjuntarla a este formulario.

Continuación próxima página >

# Acuerdo de Inscripción 403(b) - Empleado



## **CONSENTIMIENTO DEL CÓNYUGE** *(Si desea nombrar como su beneficiario principal a alguien que no sea su cónyuge, el consentimiento de abajo debe ser firmado por su cónyuge y notariado)*

Por la presente doy mi consentimiento a la designación de beneficiarios de mi cónyuge como aparece en la página 2 de su Acuerdo de Inscripción 403(b).

\_\_\_\_\_  
Firma del Cónyuge

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **INFORMACIÓN DEL NOTARIO** *(A ser llenado por un notario público)*

Apareció el antes nombrado \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, del 20 \_\_\_\_\_  
y reconoció ante mí que él/ella firmó arriba como un acto propio voluntario.

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario

\_\_\_\_\_  
Fecha

Notario Público para: \_\_\_\_\_ Mi comisión expira: \_\_\_\_\_

[ SELLO NOTARIAL AQUÍ ]

## **FIRMA DEL PARTICIPANTE**

Yo aseguro que soy un empleado o ministro acreditado de un ministerio de las Asambleas de Dios y por consiguiente tengo derecho a participar en el Plan de Jubilación 403(b) en Church Extension Plan. Reconozco que he leído el Circular de Ofrecimiento y los Prospectos actuales para los fondos que he seleccionado. Conuerdo hacer Church Extension Plan, el Administrador y el Fideicomisario del Plan 403(b) inocentes de cualquier acción o falta de acción basadas en instrucciones o información que mis beneficiarios o yo les proveemos. Entiendo y concuerdo que el plan y la póliza administrativa relacionada pueden ser enmendados ocasionalmente, igual que el Circular de Ofrecimiento y el Prospecto para cada fondo. Al firmar a continuación, por este medio declaro que toda información proveída en este formulario es verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **ENTREGUE SU FORMULARIO**

Para entregar su formulario completado con todos los documentos requeridos, envíe un PDF escaneado (o formato similar) a [investment@cepnet.com](mailto:investment@cepnet.com) o envíe el/ los documento(s) por correo/fax a la dirección/número de fax al final de la página 1.

## **APROBACIÓN** *(A ser llenado por Church Extension Plan)*

\_\_\_\_\_  
Firma Autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha