

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 de la Fecha Objetivo de Jubilación en base a mi edad de jubilación esperada o según lo definido por el plan de jubilación de mi empleador si mi edad no es evidente en la sección de Información Personal.
- Mi elección de inversión será efectiva cuando la oficina de WPF procese una contribución y mi inscripción.
- Mis contribuciones hechas a este plan, incluidas las contribuciones de reinversión, se invertirán utilizando los porcentajes enumerados en este documento, a menos que se especifique lo contrario. Puedo transferir mis 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 _____ %
Cartera Wesleyana 2060 _____ %

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 _____ %
Crossmark Steward Lg Cap Enhanced Index A Fd _____ %
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

ESTA SECCIÓN ES PARA EMPLEADOS, CONTRIBUCIONES VOLUNTARIAS SOLAMENTE (NO CONTRIBUCIONES DEL EMPLEADOR). (Los formularios del Acuerdo de reducción de salario, si lo prefiere su empleador, están disponibles en nuestro sitio web).

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 \$19.500. 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.

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.



13300 OLIO RD SUITE 340
 FISHERS IN 46037
 P: 317.774.3954
 F: 317.774.3955
 wpf@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