



Formulario para Elegir No Participar en la Inscripción Automática y Solicitar un Reembolso

INSTRUCCIONES E INFORMACIÓN PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Use este formulario si usted fue inscrito automáticamente en el plan, y está eligiendo no participar en el Programa de Inscripción Automática. Las reglas del Servicio de Rentas Internas (IRS) dictan que esta solicitud se haga dentro de 90 días de la primera aportación automática. Las reglas del IRS también dictan que la fecha de vigencia de la elección de no participar no puede ser más tarde que la primera de estas dos fechas:

1. La fecha de pago del segundo período de pago que empieza después de realizar la elección, o
2. La primera fecha de pago que ocurra por lo menos 30 días después de realizar la elección.

Los participantes deben entrar en Internet e ingresar en Transamerica.com para cambiar su tasa de contribución a 0% o comunicarse con el departamento de nómina de su compañía para cambiar su tasa de contribución a 0%.

Este formulario debe ser completado y firmado por usted y el administrador del plan, fideicomisario u otra persona autorizada para firmar. Si falta cualquier información o si es incompleta, puede que usted tenga que completar otro formulario nuevo o proveer información adicional antes de que sea procesada su distribución.

Unos datos sobre los reembolsos después de elegir no participar:

- ◆ Al participante se le reembolsarán las contribuciones del empleado, ajustadas para reflejar las ganancias o pérdidas hasta la fecha de distribución.
- ◆ Cualquier contribución paralela del empleador, ajustada para reflejar las ganancias o pérdidas hasta la fecha de distribución, será perdida y se aplicará de acuerdo a las estipulaciones de su plan.
- ◆ El participante recibirá un Formulario 1099-R para el año en el cual se distribuya el reembolso.
- ◆ **No** se puede reinvertir un reembolso de contribuciones automáticas en otro plan calificado.
- ◆ La cantidad reembolsada gravará impuestos al participante en el año de la distribución. No aplicará una multa por distribución prematura.

INSTRUCCIONES AL PARTICIPANTE

1. Complete las Secciones B a D
2. Se requiere su firma en la Sección D
3. Envíe este formulario a su Empleador para que lo firme y lo tramite. **No envíe este formulario directamente a la oficina administrativa (Administration Office) indicada al final de este formulario.**

EMPLOYER INSTRUCTIONS (INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADOR)

1. Complete Section A.
2. Your signature is required in Section E.
3. Submit this form to the Processing Center.



SECCIÓN A. EMPLOYER INFORMATION (INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR)

Company/Employer Name

Plan Name

Contract Number

Division Number/Sub-id (if applicable)

SECCIÓN B. INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (EN LETRA DE IMPRENTA)

No. de Seguro Social

Nacimiento (mmddaaaa)

Empleo (mmddaaaa)

Correo electrónico (E-mail)

Apellido

Nombre/Inicial del segundo nombre

Calle/No. de apartamento

Teléfono

Ext. (si hay)

Ciudad

Estado

Código postal

ENTREGA DE LA DISTRIBUCIÓN POR CORREO

Todos los cheques serán enviados por correo de primera clase ("First Class Mail").

SECCIÓN C. ELECCIÓN

Pido no participar en el Programa de Inscripción Automática y que se me reembolsen las contribuciones deducidas. Por favor haga que el cheque sea extendido a mi favor.

SECCIÓN D. FIRMAS REQUERIDAS

Mi firma reconoce que he leído, entendido y dado mi consentimiento a todas las estipulaciones de este formulario. Afirmo que toda la información que he suministrado es verdadera y correcta. Entiendo que, de acuerdo a las estipulaciones del plan, al elegir no participar en este momento no me prohíbe volver a inscribirme y participar en el plan en algún momento futuro.



Firma del Participante

Fecha que elige no participar

MUST BE COMPLETED BY THE PLAN ADMINISTRATOR, TRUSTEE OR AUTHORIZED PLAN SIGNER ONLY
(ESTA SECCIÓN ES COMPLETADA SÓLO POR EL ADMINISTRADOR DEL PLAN, FIDEICOMISARIO O FIRMANTE AUTORIZADO DEL PLAN)

By signing below, I hereby authorize Transamerica to process the request as elected in Section C of this form. This request is in compliance with plan provisions and I have verified that the participant has requested to opt out of the Automatic Enrollment Program and receive a refund within the time period prescribed by the IRS. I have verified that the participant has changed their contribution rate to 0%.



By: Signature of Plan Administrator, Trustee or Authorized Plan Signer

Date



Print Name of Plan Administrator, Trustee or Authorized Plan Signer

Date

Once this form has been completed with all of the necessary information and required signatures, please forward to the Processing Center for processing. This form cannot be processed without the plan administrator, trustee or authorized plan signer's signature.

Be sure to keep a photocopy for your records.

MAIL TO: Processing Center: 6400 C Street SW, Cedar Rapids, IA 52499 **Fax #:** 866-846-2236

