



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE CUENTAS BAA

Complete este Formulario de Inscripción de Cuentas BAA para abrir una cuenta ("cuenta BA") bajo la Cuenta de Acumulación de Beneficios (BAA) Puede abrir una cuenta si es residente en los EE. UU. y es:

- miembro del Plan de Pensión de Pension Fund of the Christian Church (Discípulos de Cristo) o de la Cuenta de Jubilación con Impuestos Diferidos de Pension Fund of the Christian Church (Discípulos de Cristo) ("TDRA");
- un titular de una cuenta IRA Tradicional o IRA Roth bajo las Cuentas de Jubilación de Contribución Definidas de Pension Fund of the Christian Church (Discípulos de Cristo);
- cónyuge de un miembro o titular de una cuenta IRA; o
- cónyuge sobreviviente beneficiario del miembro bajo el Plan de Pensión o de la TDRA.

- ESCRIBA CLARAMENTE -

I. INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

Nombre ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. _____

☐ Mx. ☐ Rev. ☐ Dr. (nombre) (segundo nombre) (apellido)

El solicitante es un (marque todo lo que corresponda): ☐ Miembro ☐ Titular de una cuenta IRA ☐ Cónyuge de un miembro o titular de una cuenta IRA ☐ Cónyuge sobreviviente de un miembro o titular de una cuenta IRA.

Núm. de Seguro Social/ITIN _____-____-____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No Binario

☐ Marque aquí si se ha producido algún cambio en su información de contacto registrada.

Dirección Residencial _____

Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código Postal _____-____

Teléfono Residencial () _____ Número Teléfono Trabajo () _____ Número de Teléfono Móvil () _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Ciudadanía: ☐ EE. UU. ☐ Otra: _____ Si no es ciudadano de los EE. UU., debe tener un ITIN para inscribirse.

Complete lo siguiente si el solicitante es cónyuge o cónyuge sobreviviente de un miembro o titular de una cuenta IRA:

Nombre del Miembro o Titular de la Cuenta _____

Núm. de Seguro Social/ITIN _____-____-____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

II. INFORMACIÓN SOBRE LA CONTRIBUCIÓN

Se requiere un depósito inicial mínimo de \$25. Indique el tipo de contribución que desee elegir (marque uno o más según corresponda):

☐ **Distribuciones Mínimas Requeridas.** Autorizo que las distribuciones mínimas requeridas de mi (marque todas las aplicables) cuenta TDRA IRA Tradicional con Pension Fund se hagan de mi cuenta BA. **Nota:** Las distribuciones mínimas requeridas estarán sujetas al pago de impuestos antes de depositarlas en una cuenta BA y también deberá completar el formulario de distribución TDRA o IRA correspondiente para solicitar las distribuciones mínimas requeridas.

☐ **Distribuciones del Plan de Pensión.** Autorizo que una cantidad igual a \$_____ de mis pagos mensuales del Plan de Pensión se hagan a mi cuenta BA. **Nota:** Los pagos del Plan de Pensión estarán sujetas a impuestos antes de ser depositados en su cuenta BA y también deberá completar el formulario de distribución del Plan de Pensión para solicitar comenzar a recibir sus beneficios de pensión.

☐ **Beneficio de Continuidad Salarial por Fallecimiento** (solo para el cónyuge sobreviviente). Autorizo que mi beneficio de continuidad salarial por fallecimiento del Plan de Pensión se pague a mi cuenta BA.

☐ **Contribución de Cantidad Única.** Remito a mi cuenta BA una cantidad inicial después de impuestos igual a _____.

Esta contribución se realiza por ☐ cheque (incluidos los cheques enviados por o a través de su banco)

☐ deducción de la nómina de mi empleador (a menos que se haga por cheque del empleador, complete el Acuerdo de Autorización del Empleador para Débito Único (ACH)).

☐ débito único (ACH) de mi cuenta bancaria (complete la información bancaria a continuación)

Para hacer futuras contribuciones, complete el Formulario de Contribución de Cuentas BAA o elija hacer las siguientes contribuciones recurrentes:

☐ **Contribuciones Recurrentes.** Empiezan a ser vigentes tan pronto como sea administrativamente práctico a partir del _____, 20____, Autorizo a que se realicen contribuciones recurrentes después de impuestos a mi cuenta BA por una cantidad igual a \$_____.

Estas contribuciones se efectuarán por ☐ deducción de la nómina de mi empleador (a menos que se efectúen por cheque del empleador, complete el Acuerdo de Autorización del Empleador para Débito Recurrente (ACH)).

☐ débito de mi cuenta bancaria (*complete los datos bancarios a continuación*). Las contribuciones recurrentes se cargarán el (*marque sólo una opción*) ☐ 1^{er} ☐ 15^{vo} día de cada mes.

Complete lo siguiente si elige que hagan un débito bancario único o recurrente y adjunte un cheque "nulo" a este formulario:

Nombre del Banco _____ Nombre del Titular de la Cuenta _____
Dirección Postal del Banco _____ Número de Teléfono (_____) _____
Ciudad _____ Estado _____ País _____ Código Postal _____
Número de Cuenta _____ Núm. Ruta/ABA _____ Cuenta ☐ Cheques ☐ Ahorros

III. RETENCIÓN ADICIONAL DE IMPUESTO SOBRE INTERESES Y CIERTOS DIVIDENDOS

Certifico que (*marque solo una opción*):

- ☐ No estoy sujeto a la retención adicional de impuesto sobre intereses y ciertos dividendos porque estoy exento de este tipo de retención, o el Servicio de Impuestos Internos (IRS) no me ha notificado que esté sujeto a esta retención adicional por no haber declarado todos los intereses o dividendos, o el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a esta retención adicional.
- ☐ El IRS me ha notificado que actualmente estoy sujeto a una retención adicional de impuesto sobre intereses y ciertos dividendos por no haber declarado todos los intereses y dividendos en mi declaración de impuestos sobre ingresos.

IV. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Designa a la persona, fideicomiso o entidad que usted elija para recibir los beneficios pagaderos debitados de su cuenta BA en caso de fallecimiento. Si designa a un fideicomiso como beneficiario, incluya el nombre y la dirección del fideicomiso, la fecha de creación del fideicomiso y el nombre del fideicomisario. Usted no está limitado a dos beneficiarios principales y dos contingentes. Para designar beneficiarios adicionales, adjunte y firme una hoja aparte en la que se indiquen los nombres y datos de identificación adicionales.

A menos que se indique lo contrario, los beneficios por fallecimiento se pagarán en partes iguales a los beneficiarios primarios que vivan en el momento de su fallecimiento. Si en el momento de su fallecimiento no vive ningún beneficiario primario a menos que se indique lo contrario, los beneficios por fallecimiento se pagarán en partes iguales a los beneficiarios contingentes que vivan en el momento de su fallecimiento. Si nombra varios beneficiarios primarios o contingentes y uno de ellos fallece antes que usted, el porcentaje de la cuota designada de ese beneficiario se dividirá en partes iguales entre los beneficiarios primarios o contingentes sobrevivientes, según corresponda.

IMPORTANTE: Si no elige a un beneficiario o si los beneficiarios nombrados en este Formulario de Inscripción de Cuentas BAA no le sobreviven, sus beneficios se pagarán a su sucesión. De no incluir un número de Seguro Social/ITIN y los datos de contacto actuales de cada beneficiario designado, es posible que se retrasen las distribuciones en el momento de su fallecimiento.

Beneficiarios Primarios	Porcentaje del Beneficio
<i>El porcentaje total para todos los beneficiarios primarios debe ser igual al 100%.</i>	
Nombre del Individuo o Fideicomiso _____ (nombre, segundo nombre, apellido)	_____ %
Dirección Postal _____ (calle, ciudad, estado, código postal)	
Teléfono Principal (____) _____ Relación con el Solicitante/Nombre del Fideicomisario	
Núm. de Seguro Social/ITIN ----- Fecha de Nacimiento o de Creación	
Nombre del Individuo o Fideicomiso _____ (nombre, segundo nombre, apellido)	_____ %
Dirección Postal _____ (calle, ciudad, estado, código postal)	
Teléfono Principal (____) _____ Relación con el Solicitante/Nombre del Fideicomisario	
Núm. de Seguro Social/ITIN - - - - - Fecha de Nacimiento o de Creación / /	
Beneficiarios Contingentes	Porcentaje del Beneficio
Si todos sus beneficiarios primarios fallecen antes que usted, los beneficios pagaderos en caso de fallecimiento se pagarán a su(s) beneficiario(s) contingente(s). <i>El porcentaje total para todos los beneficiarios contingentes debe ser igual al 100%.</i>	
Nombre del Individuo o Fideicomiso _____ (nombre, segundo nombre, apellido)	_____ %
Dirección Postal _____ (calle, ciudad, estado, código postal)	
Tel. Principal (____) _____ Relación con el Solicitante/Nombre del Fideicomisario	
Núm. de Seguro Social/ITIN ----- Fecha de Nacimiento o de Creación / /	

Nombre del Individuo o Fideicomiso _____ (nombre, segundo nombre, apellido)	_____%
Dirección Postal _____ (calle, ciudad, estado, código postal)	
Tel. Principal () _____ Relación con el Solicitante/Nombre del Fideicomisario	
Núm. de Seguro Social/ITIN - - Fecha de Nacimiento o de Creación / /	

V. CERTIFICACIÓN Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Al firmar este Formulario de Inscripción de Cuentas BAA, certifico lo siguiente:

- Acepto todos los términos de la BAA, según se enmienda periódicamente, y por todas las políticas y procedimientos administrativos adoptados por Pension Fund con respecto a la BAA.
- Entiendo que puedo encontrar el Plan BAA y el Manual de Recursos para Titulares de Cuentas y otra información relativa a la BAA por vía electrónica en www.pensionfund.org, y que también puedo solicitar a Pension Fund que me envíe por correo un ejemplar del Plan BAA y del Manual de Recursos para Titulares de Cuentas.
- Certifico que la información provista en este Formulario de Inscripción de Cuentas BAA es exacta, incluido mi Número de Seguro Social/ITIN. **Acuerdo que notificaré oportunamente a Pension Fund cualquier cambio en la información provista en este formulario.**
- Entiendo que la información personal facilitada en este Formulario de Inscripción será utilizada por Pension Fund para procesar mi membresía y proveerme servicios bajo la BAA.
- Entiendo que mis distribuciones mínimas requeridas de la TDRA y/o la Cuenta IRA Tradicional y mis pagos de pensión del Plan de Pensión, si aplican, son distribuciones sujetas a impuestos de la TDRA, la cuenta IRA Tradicional y/o el Plan de Pensión. Asimismo, entiendo que los intereses que devengo en mi cuenta BA están sujetos a impuestos el año en que se devengan. Entiendo que soy responsable de las consecuencias fiscales de cualquier contribución o distribución.
- Si es aplicable, por este medio autorizo a mi banco a debitar a la cuenta bancaria arriba indicada y autorizo a Pension Fund a aceptar estos depósitos. Estos débitos y depósitos se efectuarán de acuerdo con las Reglas de la Cámara de Compensación Automatizada (ACH). Si he optado por contribuciones recurrentes, entiendo que el presente Acuerdo permanecerá vigente hasta que notifique por escrito su terminación a Pension Fund.
- Designo a la(s) persona(s) o entidad(es) nombrada(s) en la Sección IV de este Formulario como beneficiario(s) de mi cuenta BA. Entiendo que esta designación de beneficiarios permanecerá vigente hasta que complete, firme y envíe a Pension Fund un *Formulario de Designación de Beneficiarios* actualizado, lo cual puedo hacer en cualquier momento. Certifico que he obtenido el consentimiento de mi cónyuge si he designado a un beneficiario que no sea mi cónyuge, o además de ella o de él, en la medida en que resida en un estado de comunidad de bienes o de bienes conyugales y la ley estatal exija que obtenga dicho consentimiento con respecto a la totalidad o a una parte de mi cuenta BA. Asimismo, acepto que, si no estoy casado actualmente, pero contraigo matrimonio, obtendré el consentimiento de mi cónyuge si aplica la oración anterior. Entiendo que, para obtener el consentimiento del cónyuge, puedo utilizar el formulario de *Consentimiento del Cónyuge para los Estados de Bienes Gananciales y Conyugales* que se encuentra en www.pensionfund.org. Asumo toda responsabilidad de todas las consecuencias si no obtengo el consentimiento requerido.
- Entiendo que el Fondo de Pensiones y la BAA están exentos de los requisitos de registro, regulación e información de la Ley de Valores de 1933 (*Securities Act of 1933*), la Ley de Intercambio de Valores de 1934 (*Securities Exchange Act of 1934*) y las leyes estatales sobre valores. Los titulares no gozan de la protección de dichas leyes con respecto a su participación en la DCRA. Los titulares de cuentas BA no gozan de la protección de dichas leyes con respecto a su interés en la BAA.

Firma del Solicitante _____ Fecha ____/____/____

ENVÍE EL(LOS) FORMULARIO(S) CON CHEQUE A: **Pension Fund of the Christian Church**
P.O. Box 639905, Cincinnati, OH 45263-9905

ENVÍE EL(LOS) FORMULARIO(S) CON INFORMACIÓN BANCARIA A: **Pension Fund of the Christian Church**
P.O. Box 639905, Cincinnati, OH 45263-9905

Teléfono Gratuito: 1.866.495.7322 - Teléfono: 317.634.4504 - Fax: 317.634.4071
Correo Electrónico: pfcc1@pensionfund.org - Página Web: www.pensionfund.org

Número de Cuenta BA _____	Fecha de Inscripción ____/____/____	Contribución Inicial \$ _____
[No escriba en esta casilla - para uso exclusivo de Pension Fund]		

