FORMULARIO DE CANCELACIÓN DE PARTICIPACIÓN DEL EMPLEADO

Su empleador se ha registrado para Illinois Secure Choice, un programa de ahorros para la jubilación establecido por el estado de Illinois para que resulte más fácil ahorrar para la jubilación. Se lo inscribirá a menos que cancele su participación. Puede optar por cancelar su participación o volver a participar en cualquier momento.

El dinero que ahorre en su cuenta de Illinois Secure Choice siempre será su dinero. Usted controla su cuenta y su cuenta siempre le pertenecerá, incluso si cambia de trabajo. Todo lo que ahorre ahora, por poco que sea, puede hacer la diferencia cuando se jubile.

Cancelar la participación por teléfono o por internet es la manera más rápida y más sencilla.
855-650-6914
8 a. m. a 8 p. m., hora central, L a V
En internet en saver.ilsecurechoice.com
O puede enviar un fax al (617) 559 - 8920

Debe enviar los formularios completados a Illinois Secure Choice.

Envíe el formulario a:
Illinois Secure Choice
PO Box 56000
Boston, MA 02205-6000

Dirección para correo expreso:
Illinois Secure Choice
95 Wells Avenue, Suite 155
Newton, MA 02459

1. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO *(Todos los campos son obligatorios)*

Nombre legal *(primer nombre)* — *(in. 2.º nom.)*

Nombre legal *(apellido)*

Dirección

Ciudad — Estado — Código postal

Número de teléfono

Para verificar su información, proporcione las últimas cuatro cifras de su número de Seguro Social y su fecha de nacimiento.

Seguro Social **AND** Fecha de nacimiento *(mm/dd/aaaa)*

2. MOTIVO PARA CANCELAR SU PARTICIPACIÓN

- ☐ No califico para una IRA Roth por mis ingresos
- ☐ Preferiría una IRA tradicional
- ☐ Tengo mi propio plan de jubilación
- ☐ No puedo permitirme ahorrar en este momento
- ☐ No confío en los mercados financieros
- ☐ No estoy satisfecho con las opciones de inversión
- ☐ No me interesa hacer aportaciones a través de este empleador
- ☐ Otro

3. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del empleador

4. FIRMA

No deseo participar en el programa Illinois Secure Choice en este momento. Entiendo que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y comenzar a participar en Illinois Secure Choice posteriormente, en virtud de los términos del programa Illinois Secure Choice. Si decido volver a participar, puedo comunicarme con Illinois Secure Choice.

Firma del empleado — Fecha *(mm/dd/aaaa)*

©2024 Ascensus, LLC