

FUNDO DE ANUIDADE DOS TRABALHADORES DE MASSACHUSETTS

Formulário de eleição de reinvestimento

Preencha este formulário se tiver optado por um reinvestimento total ou parcial e devolva-o com sua solicitação.

Opcional para qualquer participante com um saldo de US\$ 200 ou mais.

Seção 1: Opções de pagamento de reinvestimento		
<input type="checkbox"/> Opto por ter o VALOR INTEGRAL DO MEU PAGAMENTO pago em um reinvestimento direto em uma Conta de Aposentadoria Individual (IRA) ou outro plano de aposentadoria qualificado que aceite reinvestimentos. O IRA ou outro plano de aposentadoria está indicado abaixo.		
Você pode optar por ter apenas parte do pagamento diretamente transferido e o restante pago a você. Uma retenção de 20% do imposto de renda federal será retirada de qualquer pagamento parcial que não seja diretamente transferido.		
<input type="checkbox"/> Opto por ter APENAS PARTE DO MEU PAGAMENTO paga em um reinvestimento direto. Favor reinvestir (pelo menos US\$ 200) US\$ _____ para o IRA ou plano de aposentadoria qualificado indicado abaixo e:		
<input type="checkbox"/> Manter o valor restante em minha conta de anuidade QR		
<input type="checkbox"/> Pagar o restante do meu benefício para mim, depois de reter 20% para impostos federais, conforme exigido por lei.		
Se tiver alguma dúvida ou não entender as disposições das leis tributárias federais ou estaduais, entre em contato com um profissional da área tributária para obter orientação.		
Seção 2: Informações sobre a instituição de reinvestimento		
Nome do IRA ou do plano de aposentadoria que receberá o reinvestimento direto _____		
Número da conta do IRA ou do plano de aposentadoria _____		
Enviar cheque por correio para: (Em letra de forma)		
Endereço residencial _____		
City _____	Estado _____	Zip Code _____
Seção 3: Certificação		
Certifico que o destinatário do reinvestimento direto que indiquei acima é uma Conta de Aposentadoria Individual (IRA), uma Anuidade de Aposentadoria Individual ou um plano de aposentadoria qualificado que aceita reinvestimentos. Entendo que o pagamento de meus benefícios ao agente fiduciário do IRA ou do plano de aposentadoria qualificado isentará os agentes fiduciários do Fundo de Anuidade dos Trabalhadores de Massachusetts de quaisquer outras obrigações ou responsabilidades com relação aos benefícios assim pagos.		
Assinatura _____	Data _____	
Nome Impresso _____		
Número do Seguro Social _____		