

# DEPÓSITO DE LIQUIDACIÓN DE PRÉSTAMO

**INSTRUCCIONES:** Contacte al Departamento de Préstamos y Distribuciones de Pension Dynamics Company LLC al (925) 956-0505 ext. 232 o 233 para obtener la cantidad de liquidación del préstamo ya que el saldo pendiente en el sitio web pudiera no ser igual a la cantidad para liquidar el préstamo. Un cheque\* con la cantidad incorrecta para liquidación del préstamo no será procesado y se devolverá al emisor.

\*Usted puede enviar un cheque de caja o giro postal para liquidar su préstamo. Los cheques personales **no serán** aceptados.

**El cheque de caja/giro postal para liquidación de préstamos debe estar a nombre de:**

Wells Fargo Bank, N.A.

**En la línea del memorándum se debe incluir lo siguiente (si no se incluye no podemos procesar la liquidación del préstamo):**

Nombre del Plan, No. del Plan\*\*, y FBO: Nombre del participante.

**Una copia tanto de este formulario como del cheque para liquidación del préstamo debe ser enviada vía correo electrónico a [distributions@pensiondynamics.com](mailto:distributions@pensiondynamics.com) o por fax al (925) 956-0506. Si no recibimos una copia del formulario y del cheque para la liquidación del préstamo, habrá un retraso en el depósito a su cuenta de retiro.**

**Envíe por correo o correo nocturno del cheque con este formulario debidamente requisitado a:**

Wells Fargo Bank, N.A. Attn.:  
ASP Team  
1525 West W.T.Harris Blvd.  
Building 3C5, Mail Code: D1116-055  
Charlotte, NC 28262

\*\*Contacte a su Administrador de Beneficios interno para conocer el número del Plan.

## SECCIÓN 1. PLAN AL QUE SE DEPOSITARÁ LA LIQUIDACIÓN DEL PRÉSTAMO

**Plan (Obligatorio):** \_\_\_\_\_

Ejemplo "Plan de jubilación ABC Company 401 (k)" Si no está seguro acerca de su nombre de plan, comuníquese con su departamento de recursos humanos o beneficios.

\_\_\_\_\_  
No. del Plan (Obligatorio)

\_\_\_\_\_  
Cantidad del cheque para liquidación del préstamo

## SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Últimos 4 dígitos del NSS

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto diurno

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto nocturno

\_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico personal

## SECCIÓN 3. AUTORIZACIÓN DEL EMPLEADO

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma