



PLAN PLUS+
UN PRODUCTO DEL PLAN DE PENSIONES MINISTERIAL, INC
www.pensionespr.net

**ACUERDO PLUS-CD
JUBILADOS**

¡Asegurando su futuro hoy!

Po Box 21065 San Juan, Puerto Rico 00928-1065

Tel.: 787-999-0340

E-mail: asistente1@pensionespr.net

¡BIENVENIDOS!

Miembros del Cuerpo Ministerial de la Iglesia de Dios Pentecostal, M. I., Región de Puerto Rico y otras Regiones Eclesiásticas del territorio de los Estados Unidos; le felicitamos por su interés en ser parte del Plan Plus. En Plan de Pensiones Ministerial, Inc. tenemos el compromiso de asegurar, proteger y honrar el futuro de todos ustedes.

HOJA DE REQUISITOS

INSTRUCCIONES: Favor de leer cuidadosamente y cumplir con todos los requisitos. Puede someter la solicitud por correo electrónico, vía correo postal y/o entregarla en nuestra oficina.

_____ Completar la Solicitud de Ingreso provista por el Plan (forma adjunta).

_____ Pertenecer al Cuerpo Ministerial de la Iglesia de Dios Pentecostal M. I., Región de P.R. y otras Regiones Eclesiásticas dentro del territorio de los Estados Unidos.

_____ Copia de la Credencial de Pastor o posición ministerial reconocida por la Organización.

_____ Copia del Certificado de Nacimiento.

_____ Una (1) foto 2 x 2

_____ Los depósitos iniciales de \$10,000 dólares o más, recibirán el 2.50% de interés anual (*El Plan se reserva el derecho de reajustar el interés sin previo aviso.*) El(la) participante debe de completar el documento de Divulgación de Procedencia de fondos.

_____ El depósito o la aportación se podrán realizar por transferencia electrónica (favor llenar hoja adjunta).

Certifico que he entregado todos los documentos requeridos para el ingreso al Plan Plus.

Firma del Participante

Fecha (mes/día/año)



NORMAS GENERALES – ACUERDO PLAN PLUS

Pastores Jubilados

- Recibiremos depósitos por un mínimo de 10,000 dólares o más; y se pagará el 2.50% de interés anual.
- Estos depósitos serán negociados por un mínimo de tres años. Al final del término se negociararán los nuevos Términos y Condiciones.
- De tener el(la) participante la necesidad de utilizar cualquier cantidad del dinero depositado, tendrá las siguientes penalidades:
 - o Primer año el 2.50%
 - o Segundo año el 2%
 - o Tercer año el 1%
- Si ocurriera el deceso del participante, antes de finalizar este acuerdo, se le devolverá el dinero con los intereses acumulados, si alguno, a los beneficiarios (ver hoja de Designación de Beneficiarios) o conforme a las leyes de Puerto Rico.

NOTA: El Plan Plus se rige por el Reglamento del Plan de Pensiones Ministerial, Inc.

Certifico que he leído y acepto las Normas Generales del Plan Plus.

Firma del Participante

Fecha (mes/día/año)



SOLICITUD DE INGRESO

Número Cuenta: PLUS-_____

INSTRUCCIONES: Favor de completar todos los encasillados. En caso de que no aplique, favor de indicar N/A. Puede someter la solicitud por correo electrónico, vía correo postal y/o entregarla en nuestra oficina.

Foto 2x2

Datos Personales		
Nombre Completo		Núm. Seguro Social XXX-XX-
Dirección Física		
Dirección Postal		
Lugar y Fecha de Nacimiento: (mes/día/año)		Estado Civil
Número Telefónico	Correo Electrónico	Salario
Nombre del Cónyuge		Núm. Teléfono
Región Eclesiástica		
Posición Ministerial:		
Capellán _____ Pastor(a) Jubilado(a) _____ Misionero(a) _____ Otros: _____		
Fecha de comienzo ministerio: (mes/día/año)		
ACUERDO		
Yo, _____, mayor de edad, casado(a), soltero(a), me comprometo libre y voluntariamente a enviar mensualmente la cantidad de \$ _____ para el Plan de Pensiones PLUS. Reconozco que mis beneficios y obligaciones bajo este Plan son las que se estipulan en el Reglamento del Plan de Pensiones Ministerial, Inc.		

Firma del Participante

Fecha (mes/día/año)

Firma del Administrador

Fecha (mes/día/año)



USO DE LA OFICINA	
Recibido por:	Fecha: (mes/día/año)
Revisado por:	Fecha: (mes/día/año)
Acción tomada: <hr/> <hr/>	
Comentarios: <hr/> <hr/>	
Firma del Administrador	Fecha: (mes/día/año)



DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

ACUERDO VOLUNTARIO

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(mes/día/año)

Dirección Física: _____

Dirección Postal: _____

Por la presente designo a las personas abajo enumeradas para que en caso de muerte, le sean entregados mis beneficios de acuerdo con las disposiciones que se estipulan en el Reglamento del Plan de Pensiones Ministerial, Inc.

Nombre del Beneficiario	Dirección Postal	Parentesco	% del Beneficio
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Por la presente dispongo que, si alguno de los beneficiarios designados en este formulario no me sobreviviera y no hubiere yo designado otros beneficiarios, los beneficios por muerte, se entregarán a mis herederos de acuerdo con las leyes del Estado.

Comentarios:

Firma del Participante

Fecha (mes/día/año)



DIVULGACIÓN DE PROCEDENCIA DE FONDOS

Yo, _____, mayor de edad, casado(a), soltero(a), vecino de _____, Puerto Rico, declaro y certifico que la cantidad de \$_____ que ha sido depositada en la cuenta número PLUS-_____ del Plan de Pensiones Ministerial, es dinero proveniente de:

Ahorro provenientes de la cuenta: _____

Venta de _____ propiedad inmueble localizada en _____

Venta de _____ propiedad mueble que se describe de la siguiente manera: _____

Herencia o legado recibido de la Sucesión de _____

Compensación concedida por un Tribunal con competencia en el caso número _____ del Tribunal de _____

Fondos retirados de la cuenta o plan de retiro que se describe a continuación: _____

Préstamo hipotecario/personal, otorgado por el Banco _____ con fecha del _____

Otros: _____

Certifico que el dinero aquí depositado no proviene, ni total, ni parcialmente de actividades ilícitas en Puerto Rico, ni en ninguna otra parte del mundo.

Relevo y exonero al Plan de Pensiones Ministerial, Inc., por cualquier tipo de responsabilidad u obligación que pueda surgir como consecuencia de la procedencia de dichos fondos y/o depósitos en esta institución.

Firma del Participante

Fecha (mes/día/año)



Número Cuenta: PLUS-_____

**DEDUCCIÓN AUTOMÁTICA
DE APORTACIÓN**

AUTORIZACIÓN

Forma para autorizar cargos a su cuenta de ahorros o cuenta corriente (cheque)

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del(a) Pastor(a)

Teléfono

Celular

Dirección Postal

Ciudad

País

Código Postal

XXX-XX-

\$

Correo Electrónico

Núm. Seguro Social

Aportación Mensual

INFORMACIÓN BANCARIA

(Favor enviar un cheque cancelado (*void*) con este formulario)

Nombre del Banco

Nombre del dueño de la cuenta

Tipo de Cuenta (ahorro/corriente)

Número de Ruta y Tránsito

Número de Cuenta

Día que se hará el débito a la cuenta

Región a la que pertenece

Autorizo al Plan de Pensiones Ministerial, Inc., a **deducir de la cuenta arriba señalada el depósito inicial y/o aportaciones** al Plan de Pensiones PLUS. Entiendo que se hará el cobro a mi cuenta en el día arriba indicado. Me comprometo a **notificar** al Plan de Pensiones Ministerial, Inc., **cualquier cambio en la cuenta bancaria**, con dos semanas de anticipación a la fecha de la deducción del próximo pago en nuestra cuenta. Cualquier gasto generado por insuficiencia de fondos, cuentas canceladas u otros procedimientos bancarios, el Plan de Pensiones Ministerial, Inc., no será responsable y se cobrará a la cuenta del participante una **penalidad por devolución**.

Participante

Fecha (mes/día/año)

Administrador del Plan