



**PLAN PLUS+**

UN PRODUCTO DEL PLAN DE PENSIONES MINISTERIAL, INC  
[www.pensionespr.net](http://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](mailto: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)



**PLAN PLUS+**

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

**ACUERDO PLUS-CD  
JUBILADOS**

## **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 negociarán 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)

**PLAN PLUS+**UN PRODUCTO DEL PLAN DE PENSIONES MINISTERIAL, INC  
www.pensionespr.net**ACUERDO PLUS-CD  
JUBILADOS****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<br>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), <b>me comprometo libre y voluntariamente a enviar mensualmente la cantidad de \$ _____</b> 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)



**PLAN PLUS+**

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

**ACUERDO PLUS-CD  
JUBILADOS**

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

**PLAN PLUS+**UN PRODUCTO DEL PLAN DE PENSIONES MINISTERIAL, INC  
www.pensionespr.net**ACUERDO PLUS-CD  
JUBILADOS****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)



**PLAN PLUS+**

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

**ACUERDO PLUS-CD  
JUBILADOS**

## **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)

**PLAN PLUS+**UN PRODUCTO DEL PLAN DE PENSIONES MINISTERIAL, INC  
www.pensionespr.net**ACUERDO PLUS-CD  
JUBILADOS**

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     |                        |
| <p>Autorizo al Plan de Pensiones Ministerial, Inc., a <b>deducir de la cuenta arriba señalada el depósito inicial y/o aportaciones</b> al Plan de Pensiones PLUS. Entiendo que se hará el cobro a mi cuenta en el día arriba indicado.</p> <p>Me comprometo a <b>notificar</b> al Plan de Pensiones Ministerial, Inc., <b>cualquier cambio en la cuenta bancaria</b>, con dos semanas de anticipación a la fecha de la deducción del próximo pago en nuestra cuenta.</p> <p>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 <b>penalidad por devolución</b>.</p> |                               |                        |
| Participante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fecha (mes/día/año)           | Administrador del Plan |