

¡Asegurando su futuro hoy!

Po Box 21065 San Juan, Puerto Rico 00928-1065

Tel.: 787-999-0340 Fax: 787-999-0352

E-mail: asistente1@pensionespr.net

Nuestra Organización, la Iglesia de Dios Pentecostal M.I., Región de Puerto Rico ha creado un nuevo programa de retiro “Plan Plus” para asegurar el futuro de sus pastores.

¡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. El Plan Plus del Plan de Pensiones Ministerial, Inc. tiene el compromiso de asegurar, proteger y honrar la confianza que usted ha depositado en nosotros.

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 Re-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 actualizada con la posición ministerial reconocida por la Organización.
- _____ Copia del Certificado de Nacimiento. (* no es necesario entregar si está en expediente)
- _____ Una (1) foto 2 x 2 (*no es necesario entregar si está en expediente)
- _____ El(la) participante y la iglesia establecerán la aportación mensual (mínimo \$25.00)
- _____ 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.
- _____ Los pagos se podrán realizar por transferencia electrónica (favor llenar hoja adjunta) y/o informes mensuales.

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

Firma del Participante

Fecha (mes/día/año)

NORMAS GENERALES – PLAN PLUS

Pastores Activos

- Es reglamentario que toda congregación contribuya mensualmente al Plan Plus de su pastor(a).
- El(la) participante y la iglesia establecerán la aportación mensual; esta cantidad no será menor de \$25.00. Dicha aportación mensual se realizará mientras el(la) participante permanezca en sus funciones ministeriales, aún después de cumplir los 65 años.
- Se le pagará el 1% de interés anual. Una vez su cuenta haya acumulado aportaciones hasta \$10,000 dólares o más, recibirá el 2.50% de interés anual. Aquellos participantes que depositen inicialmente una cantidad mayor de \$10,000 dólares, comenzarán a recibir el 2.50% de interés anual. **El Plan se reserva el derecho a reajustar el interés sin previo aviso. **
- Los beneficios serán conforme a los depósitos e intereses acumulados; no es vitalicio.
- La cantidad depositada y/o acumulada no podrá ser retirada total ni parcialmente antes de la edad normal de retiro.
- Si por alguna razón un participante dejare de formar parte del Cuerpo Ministerial, antes de su fecha normal de retiro, se le liquidará al participante sus aportaciones, sin incluir los intereses acumulados a partir de la fecha de su inactivación, certificada por la Región. Se le cobrará un 2.5% por Gastos Administrativos.

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)

REACTIVACIÓN PLUS
PLAN PLUS #_____

COMPROMISO DE APORTACIÓN

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, a partir del _____. Reconozco que mis
beneficios y obligaciones bajo este Plan son las que se estipulan en el Reglamento del Plan de
Pensiones Ministerial, Inc.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

☐ No ha cambiado

Dirección Física:

Dirección Postal:

Número Telefónico:

Correo Electrónico:

Iglesia que pastorea:

La aportación será enviada mediante:

☐ Cheque y/o Efectivo

☐ Deducción automática (llenar hoja de deducción automática pág. 6)

Certifico y confirmo mi compromiso con el Plan Plus.

Firma del Socio

Fecha (mes/día/año)

Firma del Administrador

Fecha (mes/día/año)



PLAN PLUS⁺

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

**REACTIVACIÓN
PLUS**

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

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

ACUERDO VOLUNTARIO

☐ Mi designación de beneficiarios continua igual.
(Al marcar esta opción, solo debe indicar su nombre y firmar.)

Nombre: _____

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**REACTIVACIÓN
PLUS**

Número Cuenta: PLUS-_____

**DEDUCCIÓN AUTOMÁTICA
DE APORTACIÓN**

AUTORIZACIÓN		
<i>Forma para autorizar cargos a su cuenta de ahorros o cuenta corriente (cheque) para pagar mensualidades.</i>		
<i>Si la cuenta bancaria es de la congregación, luego que se autorice con este documento, deben enviar informe mensual para que se proceda con el débito. (*Aplica a participantes de la Región de Puerto Rico)</i>		
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 pago mensual que tenemos 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 de la iglesia y/o socio una penalidad por devolución .		
Participante	Fecha (mes/día/año)	Administrador del Plan
Secretario(a)	Tesorero(a)	