

ASOCIACIÓN DE EMPLEADOS DE GOBIERNO DE PUERTO RICO

AVE. PONCE DE LEÓN 463, PDA. 35 HATO REY, PO BOX. 364508 SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-4508
Teléfonos (787) 641-4031, 641-4032

AVISO

**EVITE QUE SU DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEA DEVUELTA.
AL COMPLETARLA CUMPLA CON LAS SIGUIENTES NORMAS:**

I. Reglas Generales

1. Complete esta solicitud y utilice un sólo color, preferiblemente tinta azul oscuro.
2. Complétela en todas sus partes y devuélvala en original y copia a la mayor brevedad posible.
3. Firme la designación y asegúrese de que escribió su dirección y teléfono, si tiene correo electrónico (E-Mail) anótelo correctamente.
4. No haga tachaduras o borrones, ya que invalidan la designación.
5. La designación de beneficiarios es libre y espontánea. Se puede hacer a favor de familiares, particulares o de ambos a la vez. Las designaciones hechas en términos generales, como por ejemplo: "a mis hijos", "a mis familiares", etc.; no se considerarán válidas. Debe identificar claramente con nombres y apellidos al beneficiario.
6. El socio que no sepa o no pueda leer y/o escribir debe comparecer acompañado de una persona que lo identifique a nuestra Oficina Central o a cualesquiera de nuestras Sucursales para presentar este documento. Ambos deberán traer sus respectivas identificaciones. Se provee en la segunda página de la designación para observaciones e instrucciones al empleado de AEGPR que verifique la identificación del socio y del testigo.
7. Si envía su Designación de Beneficiarios AEGPR 201 por correo o a través de la agencia deberá acompañar copia de identificación válida con foto y firma. Ejemplos: pasaporte, licencia de conducir de P.R. o estado de Estados Unidos, identificaciones válidas para los E.U. y Puerto Rico, tarjeta de residencia del Depto. de Inmigración de E.U. vigente, o del Homeland Security de los E.U., con foto y firma.
8. No se aceptarán designaciones en las cuales se hayan impreso las huellas dactilares sin que estuviere presente el empleado o representante autorizado de AEGPR.

II. Información sobre el asegurado

1. Identifique su apellido paterno, materno y su nombre.
2. Fecha y lugar de nacimiento.
3. Número de seguro social.
4. Debe proveer copia de una identificación válida con foto y firma. Ejemplos: pasaporte, licencia de conducir de P.R. o estado de Estados Unidos, identificaciones válidas para los E.U. y Puerto Rico, tarjeta de residencia del Depto. de Inmigración de E.U. vigente, o del Homeland Security de los E.U., con foto y firma.

III. Designación de Beneficiarios

1. Debe escribir los nombres completos de todos los beneficiarios con sus apellidos; paterno y materno.
2. La fecha y lugar de nacimiento de todos los beneficiarios.
3. La relación si alguna que el beneficiario tiene con usted.
4. La dirección actual exacta, postal del beneficiario y su número de teléfono.
5. El por ciento adjudicado a cada uno de los beneficiarios. (Recuerde que el total de los por cientos designados debe sumar 100.)
6. La distribución de beneficios tiene que ser figurada en por cientos y no en cantidades de dinero.
7. No utilice comillas (") para identificar repetición de los datos ya ofrecidos. Llene todos los encasillados que estén en blanco de ser aplicable.

IV. Testigos

1. Se requiere el nombre y la dirección de dos (2) testigos en letra de molde y sus respectivas firmas. Deben ser mayores de 18 años y saber leer y escribir y tener cada uno una identificación con foto y firma vigente.
2. El socio que llena la designación y los beneficiarios que designa en la misma no pueden firmar como testigos.

ASOCIACIÓN DE EMPLEADOS DE GOBIERNO DE PUERTO RICO

AVE. PONCE DE LEÓN 463, PDA. 35 HATO REY,
PO BOX. 364508 SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-4508
Teléfonos (787) 641-4031, 641-4032

| |
|--------------------------|
| DISTRIBUCIÓN |
| INSTRUCCIONES - ASOCIADO |
| ORIGINAL - ASOCIACIÓN |
| 1 COPIA - ASOCIADO |

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Esta designación cubre al Seguro por Muerte y por Años de Servicio Asegurados y/o a los beneficios que provee el Reglamento del Fondo de Beneficios Especiales para el Socio y sus Familiares (BENES) que administra esta Asociación. No establece derecho a ningún seguro ni beneficio, sino la forma de distribución de los mismos. Los términos bajo los cuales se pagarán los seguros y beneficios que se ofrecen a los miembros de la matrícula están contenidos en el Reglamento del Seguro por Muerte y por Años de Servicio Asegurado y en el Reglamento del Fondo de Beneficios Especiales para el Socio y sus Familiares (BENES).

USE LETRA DE MOLDE O MAQUINILLA. LLENE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD EN ORIGINAL Y COPIA Y
REMÍTALO A ESTA ASOCIACIÓN

Fecha _____

Yo, _____

| | | | | |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----------------------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre e Inicial | Fecha de Nacimiento | Núm. de Seguro Social |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----------------------|

DESIGNO COMO BENEFICIARIO (S) A LA (S) PERSONA (S) QUE DISPONGO A CONTINUACIÓN

| Nombre y Dos (2) Apellidos de los Beneficiarios | Fecha de Nacimiento | Relación con el Declarante | Dirección Postal y Teléfono | % Adjudicado a los beneficiarios |
|---|---------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

TOTAL _____
(debe sumar 100 %)

Firma del Socio

E-Mail si alguno

Dirección Postal o Física

Teléfono

Agencia o Sistema de Retiro al cual pertenece

FUNCIONARIO DE AEELA:

CERTIFICO que las huellas dactilares del socio fueron tomadas en presencia de dos (2) testigos.

Nombre Completo Funcionario AEELA (Use letra de Molde)

Firma

Departamento, Sucursal u Oficina

PARA HUELLAS DACTILARES EN CASO QUE EL ASEGURADO NO
SEPA O PUEDA FIRMAR*

Pulgar izquierdo o dedo disponible
Pulgar derecho o dedo disponible

TESTIGOS:

CERTIFICAMOS que la firma o marca en este documento fue realizada en nuestra presencia.

Nombre Completo (Use letra de Molde)

Firma

Nombre Completo (Use letra de Molde)

Firma

Dirección Postal

Teléfono

Dirección Postal

Teléfono

*Las huellas dactilares deben estamparse frente a empleado o representante autorizado de AEGPR.

(Vease próxima página)

*Una vez el empleado verifique la identificación del socio y del testigo, le indicará al testigo que escriba en manuscrito el nombre del socio en el documento y firme debajo (firma del acompañante), dejando espacio en la parte izquierda para las huellas dactilares del socio. Luego le indicará al socio que proceda a estampar las huellas dactilares de los dedos pulgares en el espacio provisto para los mismos. Véase Orden Administrativa O-2008-02 para otras instrucciones.

Observaciones
