

# ASOCIACIÓN DE EMPLEADOS DE GOBIERNO DE PUERTO RICO

## DEPARTAMENTO DE SEGUROS

### SOLICITUD DE BENEFICIO POR AÑOS DE SERVICIO ASEGURADOS

VER INSTRUCCIONES AL DORSO

I - INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE			
Nombre	Fecha de Nacimiento	Seguro Social	Teléfono
Dirección Física		Dirección Postal	
Pueblo	Código Postal	Pueblo	Código Postal
Fechas			
Indique la (s) Agencia (s) donde ha Trabajado		Desde	Hasta
A)			
B)			
C)			
<b>Conteste las siguientes preguntas</b>			
¿Fecha ingresó al seguro? _____ <small>Mes /Día / Año</small> ¿Cambió de categoría de Seguro? <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ <input type="checkbox"/> No	¿Perdió el seguro alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ <input type="checkbox"/> No _____ <small>Fecha de Solicitud</small>	¿Ha vuelto a ingresar al seguro alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí Fecha _____ <input type="checkbox"/> No _____ <small>Firma del Solicitante</small>	
II - CERTIFICACIÓN DE LA AGENCIA			
Certifico que _____ Seguro Social _____ Cesó de trabajar en esta agencia en _____ <small>Mes /Día / Año</small> Disfrutó de Licencia sin Sueldo desde _____ hasta _____ <small>Mes / Día / Año</small> <small>Mes / Día / Año</small> Fecha último descuento de Seguro _____ _____ <small>Nombre de la Agencia</small> <small>Nombre Director de Personal o su Representante Autorizado</small> _____ <small>Fecha de Certificación</small> <small>Firma Director de Personal o su Representante Autorizado</small>			
III - CERTIFICACIÓN DE LA AGENCIA O SISTEMA DE RETIRO QUE PAGA LA ANUALIDAD O PENSIÓN			
**UNA VEZ SE LE APRUEBE LA PENSIÓN O ANUALIDAD DEBERÁ CERTIFICAR ESTE FORMULARIO EN EL SISTEMA DE RETIRO O AGENCIA A LA CUAL PERTENECE.**			
Certifico que a _____ Seguro Social _____ se le aprobó la pensión o anualidad efectivo al _____ <small>Mes /Día / Año</small> _____ <small>Nombre del Sistema de Retiro o Agencia al cual Pertenece</small> <small>Nombre Director o su Representante Autorizado</small> _____ <small>Fecha de Certificación</small> <small>Firma Director o su Representante Autorizado</small>			

## INSTRUCCIONES

1. Llene esta solicitud en original y letra de molde.
2. La parte II de este formulario debe ser certificada por la Agencia donde trabajó por última vez.
3. La parte III de este formulario debe ser certificada por el Sistema de Retiro al cual pertenece o a la Agencia que pagará la Anualidad.
4. Radique esta solicitud en el Departamento de Seguros de la Asociación de Empleados de Gobierno de Puerto Rico (AEGPR) o en cualesquiera de nuestras Sucursales.

### IMPORTANTE QUE USTED CONOZCA

El derecho al Beneficio por Años de Servicio Asegurados (BAS) se adquiere luego de haber estado asegurado durante un período de tiempo no menor de 10 años y reciba o cualifique para recibir una pensión o anualidad por años de servicio bajo el sistema de Retiro al cual está acogido o la Agencia que pagará la anualidad.

Todo asegurado que al cese cumpla con lo anterior, que solicite la liquidación de su cuenta, continúe o no acogido al seguro, tendrá derecho al pago del BAS, siempre que la deuda vigente sea saldada con los ahorros y dividendos acumulados. De no ser así, se aplicará el monto del beneficio al balance adeudado. En los casos que se mantengan acogidos como socios en continuidad sin liquidar la cuenta, procederá el pago del BAS indistintivamente del balance adeudado.

Para la liquidación de sus ahorros y dividendos acumulados, deberá llenar el formulario AEGPR - 61 "Solicitud de Liquidación de Ahorros y Dividendos" junto a una certificación de la Administración para el Sustento de Menores (ASUME). Se deben someter a la Sección de Orientación y Servicios del Departamento de Cobros o cualquiera de las Sucursales de la Asociación de Empleados de Gobierno de Puerto Rico.