

ASOCIACIÓN DE EMPLEADOS DE GOBIERNO DE PUERTO RICO

PO Box 364508 San Juan, Puerto Rico 00936-4508

DISTRIBUCIÓN

Original - AEGPR
1ra. Copia - Asociado
2da Copia - Agencia

CERTIFICACIÓN LICENCIA SIN SUELDO Y AUTORIZACION PARA DESCUENTO CUOTAS DE SEGURO

I. INSTRUCCIONES

- Este formulario será llenado solamente por aquellos empleados regulares y/o permanentes que pertenecen al Seguro por Muerte y por Años de Servicio Asegurados que ofrece la Asociación de Empleados de Gobierno de Puerto Rico y que estén disfrutando de una Licencia sin Sueldo autorizada por la Agencia.
- El asociado deberá asegurarse que la Asociación ha recibido el original de este formulario.
- Use letra de molde o maquina y firme la autorización con tinta.
- Llene todo el formulario. De estar incompleto no será aceptado.

II. NUESTRA LEY, SEGÚN ENMENDADA POR LA NÚM. 165 DE 1988 Y EL REGLAMENTO DEL NUEVO PROGRAMA DEL SEGURO POR MUERTE ESTABLECEN LO SIGUIENTE:

Todo socio que se encuentre disfrutando de licencia sin sueldo o que esté suspendido de empleo y sueldo temporariamente, conservará sus derechos a los beneficios del Seguro por Muerte y por Años de Servicio Asegurados, siempre que al reintegrarse a su puesto le continúen los descuentos de las cuotas correspondientes dentro de los sesenta días siguientes al reinstalarse al servicio. Las cuotas atrasadas que refleje la cuenta del socio se cobrarán directamente a éste o serán descontadas en futuras concesiones de préstamos con la Asociación o de cualquier beneficio o reintegro a que éste tenga derecho. Si el socio fallece mientras está en licencia sin sueldo quedará cubierto y las primas adeudadas serán descontadas de los beneficios del seguro por muerte. El cobro de las cuotas atrasadas será conforme al Reglamento aprobado por la Junta de Directores para estos fines.

Con el propósito de cumplir con la disposición antes citada y ayudarlos a conservar la vigencia de su SEGURO, es necesario que TODO servidor público que ha sido aceptado al Seguro por Muerte y Años de Servicio Asegurados AUTORICE previamente los descuentos que regularmente se le hacen para el pago de su seguro. Mediante tal autorización se les garantiza el que si en alguna ocasión disfrutare de Licencia sin Sueldo o por algún motivo es Suspendido de Empleo y Sueldo temporariamente, al reintegrarse a sus labores les sean descontadas las cuotas no pagadas durante la licencia o suspensión. Para tal fin es necesario nos suministre la información que a continuación solicitamos:

AUTORIZO a que me continúen descontando de mi sueldo las cuotas del seguro, una vez me reintegre a mi puesto, finalizada la licencia sin sueldo que disfruto actualmente.

Fecha

Firma del Socio

III. DATOS GENERALES

Nombre y Apellidos		Telefono Residencial		
Dirección postal				
Buzón o Apartado	Calle	Ciudad	Estado	Zip Code
Agencia para la cual trabaja	Núm. Contrato Seguro	Últimos Cuatro (4) Dígitos del Núm. de Seguro Social	Teléfono Agencia	

PLAN DE SEGURO AL CUAL PERTENECE:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Primera Categoría | <input type="checkbox"/> Vitalicio | <input type="checkbox"/> Básico/Diferido Saldado Edad 70 |
| <input type="checkbox"/> Segunda Categoría | <input type="checkbox"/> Vitalicio Saldado Edad 70 | <input type="checkbox"/> Básico Vitalicio |
| <input type="checkbox"/> Grupal Básico | <input type="checkbox"/> Básico/Diferido | <input type="checkbox"/> Básico Vitalicio Saldado Edad 70 |

IV. CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO, AGENCIA, CORPORACIÓN O MUNICIPIO

1. Nombre Paterno		1. Nombre del Empleado	
<input type="checkbox"/> Corporación Fondo del Seguro del Estado (Descanso)	Desde _____	Hasta _____	
<input type="checkbox"/> Licencia sin Sueldo	Desde _____	Hasta _____	
<input type="checkbox"/> Licencia por Enfermedad sin Sueldo	Desde _____	Hasta _____	
<input type="checkbox"/> Licencia Militar	Desde _____	Hasta _____	
Fecha de Certificación	Nombre en letra de molde Representante autorizado	Firma Representante	Teléfono Funcionario que certifica