

**DEPARTAMENTO DE SEGUROS
CERTIFICACIÓN LICENCIA SIN SUELDO Y AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO PRIMAS 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 del ELA y que estén disfrutando de una Licencia sin Sueldo autorizada por la Entidad Gubernamental que labora.
- El socio deberá asegurarse que la Asociación ha recibido el original de este formulario.
- Use letra de molde o maquinilla y firme la autorización con tinta.
- Llene todo el formulario. De estar incompleto no será aceptado.

II. DATOS GENERALES

Nombre y Apellidos				Teléfono Residencial	
Dirección postal					
Buzón o Apartado	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	
Entidad Gubernamental para la cual trabaja		Número del Contrato de Seguro	Últimos Cuatro (4) Dígitos del Número de Seguro Social	Teléfono Entidad Gubernamental	

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 |

III. CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO, ENTIDAD GUBERNAMENTAL, CORPORACIÓN O MUNICIPIO

1. Nombre Completo del Empleado

TIPO DE LICENCIA:

- | | | |
|---|-------------|-------------|
| <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 la certificación

Nombre en letra de molde funcionario autorizado

Firma del funcionario

Teléfono funcionario que certifica

IV. AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO PRIMAS DE SEGURO

LA LEY 9-2013, SEGÚN ENMENDADA, Y EL REGLAMENTO DE SEGURO POR MUERTE Y POR AÑOS DE SERVICIO ASEGURADOS DE PRIMERA Y SEGUNDA CATEGORÍA - R-005 ESTABLECEN ENTRE OTROS, LO SIGUIENTE:

Todo socio que se encuentre disfrutando de licencia sin sueldo, o que esté suspendido de empleo y sueldo temporamente o en licencia militar sin paga, conservará sus derechos a los beneficios del seguro por muerte y por años de servicio asegurado siempre que, al reintegrarse a su puesto, le continúen los descuentos de las primas correspondientes dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha en que el socio se reinstaló al empleo. Las primas 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 certificada quedará cubierto y las primas adeudadas serán descontadas de los beneficios del seguro por muerte. El cobro de las primas atrasadas será conforme al reglamento aprobado para estos fines.

AUTORIZO A QUE ME CONTINÚEN DESCONTANDO DE MI SUELDO LAS PRIMAS DEL SEGURO, UNA VEZ ME REINTEGRE A MI PUESTO, FINALIZADA LA LICENCIA SIN SUELDO QUE DISFRUTO ACTUALMENTE.

Fecha

Firma del Socio