

## SOLICITUD DE CONTRATO DE ANUALIDAD DE RETIRO INDIVIDUAL

		NO. SOLICITUD	
NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	TELEFONO
DIRECCIÓN FISICA		SEGURO SOCIAL	INTERES EFECTIVO ANUAL GARANTIZADO
DIRECCION POSTAL		CANT. APORTACION INICIAL	AGENTE
ZIP CODE	EDAD	SEXO	OCCUPACION

### PERSONA(S) A RECIBIR BENEFICIO POR MUERTE

Beneficiario(s) en caso de que el Rentista muera antes de haber comenzado a recibir los pagos de anualidades:

NOMBRE	NO. SEGURO SOCIAL	PORCIENTO DEL BENEFICIO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Beneficiario(s) en caso de que el Rentista muera después de haber comenzado a recibir los pagos de anualidades:

PRIMARIOS NOMBRE	RELACION CON EL RENTISTA	SEGURO SOCIAL	PORCIENTO DE BENEFICIOS
_____	_____	_____	_____

### METODO SELECCIONADO DE LIQUIDACION \_\_\_\_\_

Fecha de Efectividad <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 10px;"> <tr><th>MES</th><th>DIA</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	MES	DIA	AÑO				Fecha de Comienzo de Anualidad <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 10px;"> <tr><th>MES</th><th>DIA</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	MES	DIA	AÑO			
MES	DIA	AÑO											
MES	DIA	AÑO											
Depósito Inicial: \$ _____	Depósitos Subsiguientes: \$ _____												

Modo de realizar depósitos subsiguientes:

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Anual      | <input type="checkbox"/> Mensual Descuento Nómina |
| <input type="checkbox"/> Semestral  | <input type="checkbox"/> Giro Bancario            |
| <input type="checkbox"/> Trimestral |   |
| <input type="checkbox"/> Mensual    |   |

Nombre del Banco \_\_\_\_\_  
 Sucursal \_\_\_\_\_  
 Número de Cuenta \_\_\_\_\_  
 Número de Tránsito \_\_\_\_\_  
 Seguro Social del Depositante \_\_\_\_\_

### OTROS SEGUROS QUE POSEE:

Tipo de Contrato	Compañía	Número de Poliza	Cantidad Asegurada
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**EL SOLICITANTE:** Certifica que las contestaciones a las anteriores preguntas son exactas, completas y ciertas y en cualquier caso formarán la base para el contrato de Anualidad de Retiro Individual propuesto; de concederse alguno. Todas y cada una de estas declaraciones, representaciones y contestaciones contenidas en esta solicitud se han hecho con el fin de inducir a PUERTO RICAN-AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY a expedir el contrato de Anualidad de Retiro Individual que por la presente se solicita. Entienden y convienen que cada una de ellas es material al riesgo y que PUERTO RICAN-AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY, en la creencia de que son ciertas, dependerá y actuará sobre las mismas. Sólo un oficial autorizado tiene autoridad para otorgar o alterar este contrato de seguro, o para comprometer a PUERTO RICAN-AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY en forma alguna.

Firmado en \_\_\_\_\_ hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19\_\_\_\_\_

Firma del Rentista: \_\_\_\_\_ Firma del Agente: \_\_\_\_\_  
 (Nehemías Toro Rodríguez)

Testigo \_\_\_\_\_ Número de Agente: \_\_\_\_\_