

**SOLICITUD DE RETIRO PARCIAL POLIZAS UNIVERSALES
(ORDINARIO)**

Nombre	Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno	Seguro Social
Dirección Postal: (Urb. / PO Box / Barrio/ RR / HC / Número / Calle)		Ciudad	País	Zona Postal
Póliza Número:		e-mail:		
Tel. Residencia:	Celular:	Tel Trabajo:	Ext.:	

PRIMERO: SOLICITO a **Triple-S Vida, Inc.**, el retiro parcial del valor de liquidación por la cantidad de \$_____ ; sujeto a los términos y condiciones de la póliza.

SEGUNDO: ACEPTO el cargo administrativo mínimo de \$25.00, por concepto de retiro parcial.

TERCERO: RECIBÍ orientación a los efectos de que el retiro parcial mínimo al que tienen derecho los asegurados por pólizas **Ultra Life Plus** e **Interflex** es de \$200. El retiro parcial mínimo al que tiene derecho los asegurados por las pólizas de **America Freedom, Universal Life** y **Universal Life Plus**, es de \$500; asumiendo que la póliza al momento de la solicitud de retiro parcial tiene suficientes valores acumulados para realizar el retiro.

CUARTO: ENTIENDO que se considerará como retiro parcial, aquel retiro cuya cantidad de dinero es por una cantidad menor al total del valor de liquidación en efectivo menos los cargos administrativos a los cuales esté sujeta mi póliza.

QUINTO: RECONOZCO que dependiendo de la cantidad de años durante los cuales mi póliza ha estado en vigor, **Triple S Vida, Inc.** podrá aplicar un cargo por liquidación al retiro parcial solicitado. Estos cargos están desglosados en la Tabla de Cargos por Liquidación ("Surrender Charges") de mi póliza.

SEXTO: COMPRENDO que si en mi póliza la Opción A está en vigor, este retiro parcial reducirá el monto del beneficio por muerte.

SEPTIMO: ESTOY INFORMADO sobre el derecho que le asiste a Triple S Vida, Inc. para:

- Limitar el número de retiros parciales realizados durante 12 meses consecutivos.
- Diferir el pago de cualquier retiro parcial hasta por 6 meses, contados a partir de la fecha en que recibamos la presente solicitud.
- No permitir un retiro parcial, si este retiro tiene el efecto de reducir el monto del seguro a una cantidad menor que el mínimo que se muestra en las especificación de la póliza.

CERTIFICO que esta póliza no ha sido cedida, empeñada ni hipotecada, excepto a **Triple-S Vida, Inc.**, o a uno de los abajo firmantes, y que no se ha iniciado procedimiento alguno de bancarrota o quiebra que pueda afectar la transacción solicitada.

_____	_____	_____
Firma del Dueño de la póliza	Fecha	Firma del Testigo
_____	_____	_____
Firma del Beneficiario Irrevocable	Fecha	Firma del Testigo
_____	_____	_____
Firma del Representante Autorizado de Triple S Vida	Fecha	Oficina de Distrito/ Agencia

IMPORTANTE

Para poder procesar su solicitud deberá completar este formulario en su totalidad y debe incluir:

- Copia de identificación con retrato y firma (licencia de conducir o pasaporte)