

**SOLICITUD DE LIQUIDACION 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.**, la liquidación de los valores acumulados sujeto a los términos y condiciones de mi póliza.

SEGUNDO: ENTREGO con la presente solicitud la póliza que **Triple S Vida, Inc.** emitió a mi nombre.

TERCERO: RECONOZCO que la fecha de la entrega del valor de liquidación será la fecha de deducción mensual que coincide con, o siguiente a la fecha en que recibimos su petición y la Póliza. Entiendo que la cubierta bajo esta Póliza terminará en esa fecha de deducción mensual.

CUARTO: COMPRENDO que la fecha de la deducción mensual es la fecha en cada mes en la que todos los costos del seguro y cargos por gastos se deducen del valor de la cuenta.

QUINTO: COMPRENDO que el valor de liquidación en efectivo en dicha fecha será igual a:

- (a) el valor de la cuenta en la fecha de la deducción mensual (excluyendo las deducciones mensuales para el próximo mes); **MENOS,**
- (b) cualquier cargo por liquidación que se muestre en las Especificaciones de la Póliza; **MENOS,**
- (c) cualquier deuda.

SEXTO: 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 la liquidación solicitada. Estos cargos están desglosados en la tabla de cargos por liquidación ("Surrender Charges") de mi póliza.

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

- (a) Diferir el pago de cualquier liquidación hasta por 6 meses, contados a partir de la fecha en que recibamos la presente solicitud.

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)