

SOLICITUD VALOR DE LIQUIDACIÓN VALOR DE VENCIMIENTO SEGURO SALDADO \$ _____

Nombre del Asegurado:				Seguro Social	
Dirección Postal:					
Urbanización / PO Box / Barrio/ RR / HC		Número/ Calle		Ciudad	País
Teléfono Res:		Teléfono Celular:		E-mail:	
Póliza Número:				Código de Plan:	
Fecha de Emisión:	Prima:	D LP	Monto del Seguro	ASEGURESE DE INCLUIR SU POLIZA Y SU LIBRO DE PAGO DE PRIMAS.	
_____/M_____/D_____/A	\$ _____	_____/M_____/D_____/A	\$ _____		

POR LA PRESENTE SOLICITO a Triple-S Vida, Inc., la liquidación de los valores en efectivo acumulados en la póliza indicada según la instrucción marcada más arriba. Entiendo que **Triple-S Vida, Inc** deducirá de mi pago cualquier cantidad de dinero y los intereses devengados y adeudados a **Triple-S Vida, Inc**, y garantizados con el valor en efectivo de esta póliza.

ENTIENDO que esta póliza de seguro de vida ofrece sin prima adicional, un seguro saldado reducido o un seguro de término extendido, según aplique, que puede ser más ventajoso que liquidar esta póliza. No obstante, elijo liquidar el valor en efectivo de la póliza.

CERTIFICO QUE: (1) esta póliza no está cedida, pignorada ni hipotecada, excepto a **Triple-S Vida, Inc.**, o a uno de los abajo firmantes; (2) no se ha iniciado procedimiento alguno de bancarrota que pueda afectar al título de propiedad; (3) he leído y entiendo todo lo informado en este formulario.

Si solicita la liquidación del valor en efectivo de la póliza, explique los motivos de su solicitud:

Acepto eximir de responsabilidad a Triple-S Vida, Inc. de todas las pérdidas, responsabilidades, daños, costos y honorarios de abogados incurridos como resultado de cualquier reclamo o demanda que pueda surgir como resultado del cambio solicitado.

Firma del Asegurado o Dueño_____
Fecha_____
Firma del Testigo_____
Firma del Beneficiario Irrevocable_____
Fecha_____
Firma del Testigo**JURAMENTO – SI ES REQUERIDO POR TRIPLE-S VIDA SOLAMENTE**

AFFIDAVIT NUM. _____

Firmado y Jurado ante mi por _____, de las circunstancias personales mencionadas arriba y a quien doy fe de haber identificado mediante _____.

En _____, Puerto Rico, el ____ de _____ de 20____.

NOTARIO**PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑIA**

Núm. Débito o Representantes de Servicio _____

Representante que recibe el cambio _____
Oficial, Gerente o Representante Distrito

Oficina de Distrito _____

Fecha: _____

POS-0385-11 (R-1123) (Esp.)

Sello de Aprobación Oficina Principal y
Firma del Representante de Servicio que aprobó el cambio

IMPORTANTE: El que firma abajo verificó que la persona que firma esta solicitud es el asegurado, el dueño, si es distinto al asegurado, o el representante legal del asegurado en el caso de menores de edad.

Certifico que la información aquí contenida, es correcta, de acuerdo con mi mejor saber y conocimiento.

VERIFICADA POR:

Representante Autorizado

Débito

Fecha

Supervisor

Gerente

Fecha