

Universal Life Insurance Company

33 Calle Bolivia Piso #6
San Juan, P.R 00917
PO Box 2171
San Juan, Puerto Rico 00922-2171



T: (787) 706-7095
Fax: (787)-625-7379

www.universalpr.com
www.lastenemostodas.com

SOLICITUD DE UNIVERSAL IRA

**TIPO DE CONTRATO
COMPRA POR PAGO**

IRA ROTH IRA IRA EDU

Cantidad: \$ _____ Debe cumplir con el mínimo. La copia de esta solicitud debidamente firmada por el Representate Autorizado constituye el recibo de pago del monto en dólares que se especifica. Si esta solicitud es rechazada por Universal Life Insurance Company, es evidencia de que Universal Life Insurance Company no ha asumido obligación alguna de su parte y todos los pagos remitidos con la solicitud serán reembolsados.

Pago Remitidos por Vía de: IRA Contribución IRA Transferencia Conversión IRA (Rollover)

PARTES CONTRATANTES

Dueño del Contrato: (Rentista)

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombre: _____

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F Núm. Seg. Soc.: _____ Teléfono: () _____

Identificación del Cliente: Tipo de ID: _____ Nombre en el ID: _____

Número del ID: _____ Fecha de emisión: _____ Fecha de expiración: _____

Ocupación: (Favor de ser específico)

Patrono Actual: _____ Dirección del Patrono: _____

Título: _____ Teléfono: () _____

Beneficiarios: (Por ciento total solamente: La asignación total a los Beneficiarios Primarios debe ser 100%)

Primario	Contingente	Nombre	Asignación	Relación	Seguro Social	Fecha de Nacimiento
<input type="checkbox"/>		_____	_____ %	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____ %	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____ %	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____ %	_____	_____	_____

EFT (Pago Automático por Cheque) Autorizo a mi banco a efectuar los pagos de compra de la anualidad los días 1, 8, 16, 26 por la cantidad de \$ _____ ** a mi contrato de IRA

Cuenta Corriente (Se incluye un cheque anulado) Cuenta de Ahorros (Incluye autorización verificada del Banco)

Nombre del Banco: _____ Teléfono: () _____ Número de Cuenta: _____

Ruta (9 dígitos) / ABA# _____

Acepto que tengo conocimiento de que puedo modificar o discontinuar mi acuerdo de diferimiento mediante el envié a Universal Life Insurance Company de una notificación escrita con 10 días de anticipación a la fecha del próximo giro ** Pago Mínimo mensual es \$100. (No aplica anualidad de aportación educativa).

Periodo de Interés Garantizado: (Total será 100%) 1 Año _____ 3 Años _____ 5 Años _____

(Periodo de interés seleccionado no afecta el término del contrato)

(Cargos decrecientes por retiros en exceso a 15% del valor anualmente por 4 años: 6%, 5%, 4%, 3%, 0%)

Beneficio Opcional

Opción solo puede ser seleccionada al momento de solicitar el contrato. Está disponible por un cargo anual adicional. Los beneficios pueden estar sujetos a restricciones de edad, entre otros.

Guaranteed Lifetime Withdrawal Benefit (GLWB) "Universal FXD Income for Life Rider" - Esta opción no se permite con dueño conjunto. Con la excepción de dueños que no son personas naturales, con esta opción el rentista también es el dueño. Cargo anual de 0.30% del "Total Withdrawal Base".

FIRMA DE DUEÑO DEL CONTRATO

El Dueño,

- (1) Atestigua en representación que todas las declaraciones y las contestaciones contenidas en esta documento son abarcadoras, completas, verdaderas según se expresan y registradas correctamente y
- (2) Expresa que está de acuerdo con lo siguiente:
 - a. Esta solicitud, las contestaciones y los acuerdos en esta formara parte del contrato de la anualidad que se solicita por medio de esta.
 - b. El contrato solicitado entrara en vigor en la fecha en que la solicitud y el pago de la prima se reciban en orden y se apruebe por Universal Life Insurance Company.
 - c. Certifica que ha recibido, leído y entendido el contenido de la Divulgación de la anualidad de retiro individual o anualidad de aportación educativa.

Aviso:

Cualquier persona que con pleno conocimiento y con la intención de cometer fraude provea información falsa en la solicitud para seguro o archive o consienta en el archivo de una reclamación fraudulenta con el propósito de obtener el pago de una pérdida u otro beneficio, o someta más de una reclamación por la misma pérdida o daño, cometa un delito grave y culpable que fuere será penalizado por cada violación con una multa que no será menor de cinco mil dólares (\$5,000), y que no será mayor de diez mil dólares (\$10,000); o cárcel por un término fija de tres (3) años, o ambas penas. Si existieren circunstancias agravantes, el término fijo de cárcel puede aumentarse a cinco (5) años; y si existen circunstancias atenuantes, el término de cárcel se puede reducir a un mínimo de dos (2) años. Cualquier violación de las disposiciones de esta Sección conlleva la imposición de una multa administrativa que no será menor de mil (\$1,000) ni mayor de cinco mil (\$5,000) dólares.

Universal Life Insurance Company garantiza una tasa mínima de interés de 1%. Universal Life Insurance Company puede acreditar interés en exceso de la tasa de interés garantizado.

Penalidad por Retiro Temprano: La distribución hecha antes de alcanzar la edad de 60 años podría incurrir en una penalidad sobre el monto distribuido que impone el Departamento de Hacienda, a menos que la distribución quede exenta por ley.

Aceptación: Al estampar mi firma en esta solicitud, yo atestiguo que estoy consciente de los requisitos de elegibilidad requeridos para abrir una cuenta mediante un contrato IRA y que acepto todos los términos y condiciones que se indican en la póliza. La información que se somete en esta solicitud es correcta y completa. De acuerdo a la información que proporciono en este documento, certifico que los fondos utilizados en la presente transacción provienen de fuentes lícitas.

DUEÑO DEL CONTRATO: _____ FIRMA: _____
Firma

INFORMACION DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Favor escoger una opción: No-Trail Trail

NOMBRE: _____ FIRMA : _____

NUMERO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO: _____ TELEFONO: () _____ FECHA: _____

UNIVERSAL LIFE INSURANCE COMPANY

Se recibió la cantidad de \$ _____ como pago de compra para una anualidad IRA sobre la vida de _____ para la cual se somete la solicitud con fecha de fecha de _____ y cuya cantidad es pagadera a Universal Life Insurance Company (66-0502334).

Firma del Representante Autorizado: _____ Fecha: _____