



## SOLICITUD UNIVERSAL FIXED BONUS ANNUITY

### COMPRA POR PAGO

**Cantidad:** \$ \_\_\_\_\_ Debe cumplir con el mínimo de aportación inicial de \$10,000. La copia de esta solicitud debidamente firmada por el Representante 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:**  Cheque  1035(a)Exchange  1112(b)(9) Exchange (PR)

### PARTES CONTRATANTES

#### Dueño del Contrato:

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: \_\_\_\_\_

Numero del ID: \_\_\_\_\_ Fecha de emisión: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración: \_\_\_\_\_

#### Ocupación (favor de ser específico):

Patrono Actual: \_\_\_\_\_ Dirección del Patrono: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

#### Dueño Conjunto o Mancomunado: (No disponible con el Beneficio Opcional de GLWB)

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Núm. Seg. Soc.: \_\_\_\_\_

**Identificación del Cliente:** Tipo de ID: \_\_\_\_\_ Nombre en el ID: \_\_\_\_\_

Numero del ID: \_\_\_\_\_ Fecha de emisión: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración: \_\_\_\_\_

#### Ocupación:

Patrono Actual: \_\_\_\_\_ Dirección del Patrono: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

#### Rentista: (De escogerse el Beneficio Opcional de GLWB, solo se puede designar un rentista si el dueño no es una persona natural)

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

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

**Beneficiarios:** (Por ciento sin decimales solamente; la asignación total a los Beneficiarios debe ser 100%) **La designación de beneficiario tendrá validez única y exclusivamente si es cónsona con las disposiciones legales que rigen las herencias en Puerto Rico.** La designación de beneficiario no afecta la naturaleza ganancial del contrato, de aplicar.

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

**Beneficiarios (cont.):** (Ver página anterior para información importante sobre la designación de beneficiarios)

\_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_  
  \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

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

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 envío 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.

**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 al 10% del valor anualmente por 9 años: 8%, 8%, 7%, 6%, 5%, 4%, 3%, 2%, 1%, 0%

**FIRMA DEL DUEÑO DEL CONTRATO**

El Dueño,

- (1) Atestigua en representación que todas las declaraciones y las contestaciones contenidas en este documento son abarcadoras, completas, verdaderas según se expresan y están registradas correctamente y;
- (2) Expresa que está de acuerdo con lo siguiente:
  - a. Esta solicitud, las contestaciones y los acuerdos en esta formarán parte del contrato de la anualidad que se solicita por medio de esta.
  - b. El contrato solicitado entrará 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.

**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 Comapny puede acreditar interés en exceso de la tasa de interés garantizado.

**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 de anualidad fija 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. El nombre de la institución es Universal Life Insurance Company, como se usa en este documento y el Número de Patrono para propósitos contributivos Tax ID es 66-0502334.

DUEÑO DEL CONTRATO: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_  
Firma

RENTISTA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ DUEÑO CONJUNTO: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_  
Firma

**INFORMACION DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO**

Favor escoger una opción:  No-Trail  Trail

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NUMERO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: ( ) \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_