

Paul Revere Life Insurance Company

SOLICITUD DE SERVICIO: ¿Qué tipo de servicio está solicitando? Marque solo las casillas que corresponden.

1 INFORMACIÓN GENERAL				
Nombre del asegurado como figura en la póliza:		Número del seguro social (SSN):		Fecha de nacimiento (mes/día/año):
Indique todos los números de póliza relacionados a esta solicitud (necesario para el proceso):				
Nombre del empleador:				
2 CAMBIO DE NOMBRE Adjunte una copia de la evidencia legal.				
Nombre anterior:		Nombre actual:		Motivo: <input type="checkbox"/> Corrección <input type="checkbox"/> Matrimonio/Divorcio <input type="checkbox"/> Otro
3 CAMBIO DE DIRECCIÓN				
Dirección:		N.º de apartamento:	Ciudad:	Estado: <input type="checkbox"/>
Teléfono: ()		Celular: ()		Correo electrónico:
4 FORMULARIO DE SOLICITUD DE CAMBIO DE BENEFICIARIO				
<input type="checkbox"/> Visite nuestro sitio web colonial-paulrevere.com o comuníquese con nosotros al 1.800.325.4368 para solicitar una copia del formulario de cambio de beneficiario.				
5 CAMBIO DE MÉTODO DE PAGO DE PRIMAS Por favor seleccione una de tres formas de pago.				
<input type="checkbox"/> 1. Deducir las primas mensuales de mi cuenta bancaria RANGO: A). 1-5 B). 6-10 C). 11-15 D). 16-20 E). 21-26. El cobro se hará en una de las fechas dentro del rango que haya elegido. <i>Adjunte un cheque anulado y circule un rango de días en que le gustaría que se haga el cobro a su cuenta.</i> Firma del propietario de la cuenta corriente	0 BIEN	<input type="checkbox"/> 2. Facturarme directamente. <i>Elija una de las siguientes opciones:</i> <input type="checkbox"/> Trimestral (Realizar un pago por 3 veces el valor de su prima mensual). <input type="checkbox"/> Semestral (Realizar un pago por 6 veces el valor de su prima mensual). <input type="checkbox"/> Anual (Realizar un pago por 12 veces el valor de su prima mensual).		0 BIEN
<input type="checkbox"/> 3. Cambiar a deducciones del cheque de pago. Nombre del empleador: _____ Número de control de facturación o número de cuenta: _____ <i>Comuníquese con el administrador del plan para iniciar las deducciones de los cheques de pago.</i>				
6 CANCELACIÓN, RESCATE O CAMBIO DE PÓLIZA También debe completar las Secciones 9 y 12 en el dorso.				
<input type="checkbox"/> Cancelar/rescatar la(s) póliza(s) Esta opción cancela o rescata su póliza.				
Cancelar los siguientes anexos de la(s) póliza(s): <input type="checkbox"/> Anexo de cónyuge <input type="checkbox"/> Anexo de dependiente (Esto cancela la cobertura de TODOS los dependientes) Esta opción cancela únicamente los anexos de la póliza. <input type="checkbox"/> Otro (indique el anexo) _____				
<input type="checkbox"/> Cambiar de dos padres a individual		<input type="checkbox"/> Cambiar de dos padres a un padre		<input type="checkbox"/> Cambiar de un padre a individual
Proporcionar nombre, fecha de nacimiento y número del seguro social para la continuación del cónyuge/dependiente(s):		Nombre:	Fecha de nacimiento:	N.º del seguro social:
		Nombre:	Fecha de nacimiento:	N.º del seguro social:
7 PRÉSTAMO SOBRE LA PÓLIZA Debe llenar las secciones 9 y 12 en el dorso. Elija préstamo o retiro sobre su póliza secciones 7 o 8 por numero de póliza.				
SELECCIONE POR NUMERO DE PÓLIZA	<input type="checkbox"/> Estoy solicitando un préstamo sobre la póliza por el siguiente monto: \$ _____ ◀			Si el monto solicitado es mayor al valor en efectivo disponible, procesaremos esta solicitud por el monto máximo disponible.
	<input type="checkbox"/> Estoy solicitando un préstamo sobre la póliza por el monto máximo disponible.			
	<input type="checkbox"/> También estoy solicitando información sobre el pago de mi préstamo sobre mi póliza de seguro de vida universal.			
Al firmar en el dorso, por este medio asigno la póliza al asegurador como colateral.				

Los préstamos sobre pólizas solo están disponibles en ciertas pólizas de seguro de vida. Pueden aplicar montos mínimos de préstamo como se indica en el contrato de su póliza. Recibirá avisos anuales sobre el préstamo y los intereses hasta que el préstamo esté totalmente pagado. Si desea información sobre el pago de su préstamo, comuníquese con nosotros al 1.800.325.4368.

Continúa en el dorso ➔

8 RETIRO/RESCATE PARCIAL (póliza de seguro de vida universal) Complete las **secciones 9 y 12**. Elija prestamo o retiro sobre su poliza **secciones 7 o 8** por numero de poliza.

SELECCIONE POR NUMERO DE POLIZA.	<input type="checkbox"/> Solicito un retiro/rescate parcial de la póliza por el siguiente monto: \$ _____	Si el monto solicitado es mayor al valor en efectivo disponible, procesaremos esta solicitud por el monto máximo disponible.
	<input type="checkbox"/> Solicito un retiro/rescate parcial de la póliza por el monto máximo disponible.	

Solo se permite un retiro/rescate parcial de la póliza por año de la póliza. Aplican montos mínimos de retiro como se indica en el contrato de su póliza. Se cobrará una tarifa por procesamiento como se indica en el contrato de la póliza. Los retiros/rescates parciales de la póliza solo están disponibles en pólizas de seguro de vida universal. Si su póliza no es una póliza de seguro de vida universal y usted solicita un retiro, procesaremos la solicitud como un préstamo sobre la póliza.

9 OPCIONES DE RETENCIÓN DE IMPUESTOS Lea y complete esta sección si está solicitando un rescate o retiro.

La opción de retención de impuestos no está disponible para productos susceptibles de obtener beneficios fiscales. El asegurador está obligado a retener el 20% de cualquier ganancia reconocida por productos susceptibles de obtener beneficios fiscales, a menos que los beneficios se transfieran directamente a una cuenta IRA u otro plan de jubilación que califique.

Bajo ciertos criterios establecidos por el Departamento del Tesoro, el asegurador podría tener que declarar una ganancia en el momento del rescate, rescate parcial o retiro de esta póliza, creando una situación sujeta a impuestos. Sin embargo, cualquier ganancia es un ingreso sujeto a impuestos para el año fiscal actual.

Si hay alguna ganancia que se pueda tener que declarar, recibirá un formulario 1099R del IRS al inicio del siguiente año calendario, informando la ganancia reconocida, y se enviará una copia del formulario 1099R al IRS. Si alguna ganancia no debe declararse cuando se procese el rescate, rescate parcial o retiro, no se enviará un formulario 1099R del IRS. Además, si una ganancia se puede declarar, el asegurador está obligado a retener el 10% de cualquier ganancia reconocida, a menos que el titular de la póliza elija que no se le retengan los impuestos. Puede estar sujeto a multas según las reglas de pago de impuestos estimados si elige que no se le retengan impuestos y los pagos de los impuestos estimados y otras retenciones no son suficientes para satisfacer la responsabilidad fiscal.

Elija una de las siguientes opciones. Si no selecciona ninguna opción, automáticamente se hará una retención.

NO deseo la retención del impuesto federal sobre la renta en conjunto con este rescate/rescate parcial/retiro.

SÍ deseo la retención del impuesto federal sobre la renta de los fondos del rescate/rescate parcial/retiro.

10 AVISO ESPECIAL PARA LOS RESIDENTES DE ESTADOS CON BIENES MANCOMUNADOS

El cónyuge o ex-cónyuge podría tener un interés en recibir fondos provenientes del seguro de vida o cualquier valor en efectivo acumulado si las primas de la póliza se abonaron con fondos mancomunados. Queda bajo su responsabilidad consultar a su asesor legal para 1) asegurarse de que se haya recibido el consentimiento obligatorio de un cónyuge o ex cónyuge y 2) cerciorarse de que su cónyuge o ex cónyuge no pueda presentar ninguna reclamación contra los valores de la póliza o los fondos, en el caso de que los beneficios de la póliza se hagan pagaderos.

11 OTRAS SOLICITUDES U OBSERVACIONES Incluye cambios de ilustraciones, reducción del valor de su poliza, inconsistencias de edad o aumento de prima, etc.

12 FIRMAS REQUERIDAS Debe completar esta sección **EN SU TOTALIDAD** para que podamos procesar su solicitud.

➔ **ASEGÚRESE DE INDICAR UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL Y FECHA DE NACIMIENTO. SI NO PROPORCIONA ESTA INFORMACIÓN PODRIA RETRASARSE EL PROCESO.**

He leído detenidamente esta solicitud y reconozco que ha sido llenada correctamente y en su totalidad. Entiendo que esta solicitud está sujeta a las provisiones y condiciones de la póliza y que la compañía puede solicitar información o requisitos adicionales. Certifico que la póliza no se le ha prometido ni asignado a ninguna otra persona o corporación, excepto donde se establezca en la solicitud, y que no se tramitaron procedimientos ni quiebra ni insolvencia, ni están pendientes actualmente.

*Certifico que el **Número del seguro social** y **la fecha de nacimiento** indicados son correctos, y por este medio autorizo a Paul Revere a ejecutar esta solicitud.*

Nombre del titular de la póliza en letra imprenta: _____ Número del seguro social del Titular de la póliza: _____

Dirección del titular de la póliza: _____ Y Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Dirección de correo electrónico del titular de la póliza: _____ Teléfono de día: _____

Firma del titular de la póliza: _____ **Fecha:** (MES/DIA/AÑO) _____

Firma del cesionario (si corresponde): _____ Fecha: (MES/DIA/AÑO) _____

ENVIAR POR CORREO A: Paul Revere Life Insurance Company, P.O. Box 1365, Columbia, SC 29202-3172
Teléfono: 1.800.325.4368 / para enviar solicitudes por fax: 1.800.561.3082 colonial-paulrevere.com

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIO

(por favor, escriba toda la información claramente)

Nombre del titular de la póliza: _____

Número del titular de la póliza: _____

Con el fin de ayudarnos a mantener nuestros registros actualizados, por favor, háganos saber si cambia el nombre legal, dirección, número de teléfono, número del seguro social o la fecha de nacimiento de cualquier persona de quien nos haya proporcionado información anteriormente.

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO		
Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección:		
Fecha de nacimiento:	N.º del seguro social:	Teléfono:

INFORMACIÓN DEL TITULAR		
Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección:		
Fecha de nacimiento:	N.º del seguro social:	Teléfono:

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIARIOS			
1	Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección:			
Fecha de nacimiento:	N.º del seguro social:	Teléfono:	
2	Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección:			
Fecha de nacimiento:	N.º del seguro social:	Teléfono:	

CAMBIO DE BENEFICIARIO CONTINGENTE			
1	Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección:			
Fecha de nacimiento:	N.º del seguro social:	Teléfono:	
2	Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección:			
Fecha de nacimiento:	N.º del seguro social:	Teléfono:	

Se necesitan documentos legales para cambiar o hacer la corrección del nombre, fecha de nacimiento o del número del seguro social. Para cambiar al titular de la póliza o al beneficiario tendrá que completar otro formulario. Puede comunicarse con nosotros al 1.800.325.4368.

ASEGÚRESE DE FIRMAR Y PONER LA FECHA

ENVIAR POR CORREO A:

Paul Revere Life Insurance Company Processing Center
PO Box 1365, Columbia, SC 29202-1365

Teléfono: 1.800.325.4368/para enviar la solicitud por fax: 1.800.561.3082
colonial-paulrevere.com