

Oficina:
Datos del Propietario

Nombres y Apellidos (Completos):				
No. Identificación Nacional Legal:		No. de Póliza (s):		
Cuidadania o Residencia				
Ciudadania de U.S	Reside en U.S	País de Residencia	País de Ciudadania	Otros Paises de Ciudadania
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

Motivo de Solicitud de Cancelación

Indique con una 'X' la (s) razón (es) que apliquen

1. <input type="checkbox"/> Problemas económicos tales como:	
<input type="checkbox"/> Pérdida del empleo o disminución de ingresos <input type="checkbox"/> Fallecimiento, enfermedad y/o incapacidad del propietario de la póliza <input type="checkbox"/> Otros	Si seleccionó "Otros" especifique las razones:
2. <input type="checkbox"/> Problemas familiares:	
<input type="checkbox"/> Divorcio y/o separación de bienes <input type="checkbox"/> Otros	Si seleccionó "Otros" especifique las razones:
3. <input type="checkbox"/> Re-evaluación de los términos y condiciones de la (s) póliza (s):	
4. <input type="checkbox"/> Atención inadecuada del agente, por favor explique:	
5. <input type="checkbox"/> No aceptación de la (s) pólizas (s) dentro de los primeros 10 días de haberla recibido:	
6. <input type="checkbox"/> Otros, especifique:	

Autorización: Doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta planilla sea tratada como una versión original para todo efecto.

Nombre del Propietario

Firma del Propietario

Fecha

Nombre del Agente

Firma del Agente

Fecha

Recibido por StateTrust Life & Annuities

Fecha