



*Junta de Gobierno
Universidad de Puerto Rico
Sistema de Retiro*

*P.O. Box 21769
San Juan, PR 00931-1769*

SOLICITUD DE INFORMACION SOBRE ANUALIDAD REVERSIBLE

**A: Sección de Beneficios
Sistema de Retiro
Universidad de Puerto Rico**

De: _____

Firma del Participante

Puesto: _____

Recinto: _____

Solicito información sobre anualidad reversible de acuerdo a las opciones indicadas a continuación:

Continuación al Beneficiario

(marcar todas las que interese y añadir si es necesario)

___ 5% ___ 10% ___ 15% ___ 20% ___ 25%

___ 30% ___ 35% ___ 40% ___ 45% ___ 50%

___ 55% ___ 60% ___ 65% ___ 70% ___ 75%

Otro: ___ % ___ % ___ %

Opción

(puede marcar las dos opciones)

___ Reducción de por vida

___ Reducción por la vida del beneficiario

Otro: _____

Información del Solicitante

Nombre _____

Seguro Social _____

Dirección _____

Fecha de Nacimiento _____

*(Incluir copia Acta de Nacimiento)

Fechas tentativas de la jubilación:

1. _____

2. _____

3. _____

Información del Beneficiario Designado

1. Nombre _____

Seguro Social _____

Dirección _____

Fecha de Nacimiento _____

*(Incluir copia Acta de Nacimiento)

Parentesco con participante _____

2. Nombre _____

Seguro Social _____

Dirección _____

Fecha de Nacimiento _____

*(Incluir copia Acta de Nacimiento)

Parentesco con participante _____