**Manulife Rescate de póliza**

|  |  |
| --- | --- |
| Le rogamos que envíe cumplimentado el formulario a Manulife, Seguro personal en:  **Todas las provincias excepto Quebec**  500 King Street North  PO BOX 1669  WATERLOO ON N2J 4Z6  Fax: 1-877-763-8834  **En Québec**  2000, rue Mansfield  bureau 1310  MONTREAL QC H3A 3A1  FAX: 1-877-271-5494 | * *Nosotros*, *a nosotros* y *nuestro* se refieren a la empresa que asegura la póliza indicada a continuación. * *Usted* y *su* hacen referencia al titular de la póliza.   **Aviso:**  Mediante el rescate o la cancelación de su póliza, una parte del valor en efectivo (si lo hubiere) puede tributar como ingresos, lo que podría incrementar la renta imponible del ejercicio. Le recomendamos encarecidamente que revise su situación y examine las disposiciones que se incluyen en su póliza antes de proceder al rescate de dicha póliza.  **Nosotros cancelaremos su póliza y la cobertura de seguros que proporciona una vez que recibamos este formulario cumplimentado**. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1 Información General** | Número de póliza | Nombre de la persona asegurada  (Nombre, inicial del segundo nombre y apellidos) | | |
| Nombre del primer titular de la póliza (Nombre, inicial del segundo nombre y apellidos o nombre legal completo de la empresa)  **BHAGWAN PARSRAM** **MIRCHANDANI** | Nombre del segundo titular de la póliza (si procede) | | |
| **2 Instrucciones de pago**  El pago, en su caso, realizado como se indica, liquida todas las reclamaciones y demandas asociadas con su póliza. Este pago también nos exime y libera completamente de cualquier otra responsabilidad. | **X** pago con cheque   * pagado mediante depósito directo   -cheque vacío adjunto  -información de trámites bancarios que ya obran en el archivo  Pagadero a:  **X** titular de la póliza\*   * otro (especificar)   \*Si la póliza tiene un cesionario colateral, los cheques se extenderán al titular(-es) de la póliza y a cualquier cesionario(-s).  Enviado por correo a:  **X** titular de la póliza   * asesor * otro (incluya el nombre y la dirección a continuación) | | | |
| Nombre (nombre de pila, iniciales del nombre, apellidos) | | | |
|  | Dirección (calle, n.º y n.º apto.) | Ciudad | Provincia | Código Postal |
|  | ( ) Capital solicitado como sigue para el número de póliza de Manulife   * como pago de la prima por la cantidad de $ con saldos que deben abonarse a:   -titular de la póliza -otro (especificar)     * para reducir un préstamo existente en $ con saldos que deben abonarse a:   -titular de la póliza -otro (especificar)   * otros (especificar) | | | |
| **3 Lugar de la póliza** | * La póliza se encuentra adjunta.   X La póliza se ha perdido, extraviado o robado. | | | |
| **4 Firmas**  Si hay dos titulares en la póliza, ambos deben firmar.  **\*\*** **Si el titular es una empresa,**  requerimos:   * Las firmas y los cargos de los dos responsables de la firma **o** * La firma y el cargo de uno de los responsables de la firma y el sello corporativo;   Si la empresa no tiene sello corporativo y usted es la única persona autorizada para firmar en nombre de la empresa, firme en el cuadro de firmas para el primer titular y escriba sus iniciales en el recuadro previsto.  \*\*\*Si la póliza se ha cedido subsidiariamente o en Quebec, hipotecada, o en cualquiera de los casos:   * Obtenga una Revocación de la cesión o una Revocación de la pignoración **o** * Solicite al cesionario colateral o al acreedor hipotecario que firme este formulario a fin de dar su consentimiento para el rescate de la póliza. | Una copia, fax, copia escaneada o imagen de esta solicitud tiene la misma validez que el original para transacciones de hasta 500.000 USD si la póliza cuenta con un único titular.  Una copia, fax, copia escaneada o imagen de esta solicitud tiene la misma validez que el original para transacciones de hasta 150.000 USD si la póliza es de propiedad colectiva, dispone de más de un titular, se cede como garantía, es parte de un fideicomiso, o posee un beneficiario irrevocable o preferente. | | | |
| Firmado en (ciudad o pueblo, provincia) | Fecha (día/mes/año) | | |
| Firma del primer titular de la póliza\*\*  ✘ [Firma ilegible]  Cargo (cuando convenga): | Firma del segundo titular de la póliza\*\*  ✘  Cargo (cuando convenga): | | |
| Iniciales aquí:  Escriba sus iniciales aquí para confirmar que usted es la única persona autorizada para firmar en nombre de la empresa y que ésta no dispone de sello. Usted también debe firmar arriba. | | | |
| Los beneficiarios *preferentes* nombrados en las pólizas emitidas antes del 1 de julio de 1962 y los beneficiarios irrevocables nombrados en todas las pólizas deberán firmar a continuación para indicar su consentimiento al rescate de la póliza. Los beneficiarios que sean menores de edad no podrán dar su consentimiento. | | | |
| Firma del beneficiario irrevocable o preferente  ✘ | | | |
| Firma del cesionario colateral \*\*\*  ✘  Cargo (cuando convenga): | Firma del cesionario colateral \*\*\*  ✘  Cargo (cuando convenga): | | |

Revise si el formulario contiene errores NN0387E (07/2016)

The Manufacturers Life Insurance Company