



*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 \_\_\_\_\_