

New York Life Insurance Company Structured Settlement Unit 30 Hudson Street – 22<sup>nd</sup> Floor Jersey City, NJ 07302-4600 A/A: Structured Settlements

Número de teléfono gratuito: (855) 469-5772 Fax: 908-840-3880

E-mail: SSService@nyl.com

## **AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO**

1.		os pagos, a medida que se venzan, a la institución financiera que se detalla a continuación para que se acrediten a mi cuenta. Autorizo la institución financiera a debitar de mi cuenta los sobrepagos y a reembolsarlos a la Compañía.																												
	Asimi	Acepto que todos los pagos realizados liberarán de responsabilidad a la Compañía hasta el monto equivalente de dichos pagos. Asimismo, acepto que los pagos realizados después de mi fallecimiento no se mantendrán como parte de mi patrimonio sucesorio, sino que, si corresponde, se devolverán a la Compañía para que los reemita a la parte correspondiente.																												
	Autorizo a la institución financiera y le solicito que reembolse a la Compañía el monto equivalente a los pagos realizados tras mi fallecimiento y, si estos fueron acreditados en mi cuenta o a cuenta de mi patrimonio sucesorio, le solicito que se pague con los fondos de dicha cuenta, según corresponda.  Me reservo el derecho a revocar o cancelar estar autorización e instrucción mediante aviso por escrito enviado a la sede central de la																													
	Me re Comp			derech	оаі	revo	ocar c	cano	celar es	star a	utoriza	ción (	e instr	ucción	med	lian	te av	iso p	or e	scr	ito eı	nvi	ado	al	la se	ede	cent	ral d	e la	
2.	Infor	ma	ció	n so	bre	a la	ρó	liza	: <mark>(deb</mark>	es bi	<mark>rindar</mark>	al m	enos	1 de l	os 3	<mark>d d</mark>	atos	para	ı po	ode	r re	ali	izar	r es	ste (	can	bio	cor	éxito	)
	N.º de póliza (comienza con FP o 77)										Año de compra de la póliza							zaste	a	reci	bir I	os	ра	gos	s?		Síc	)	No	٦
																En caso afirmativo, ¿cuál es el monto del último pago?												?		
3.							el re	entis	sta o	ber	nefici	ario	)																	_
	Apellido del beneficiario Primer nombre Inicial del segundo nombre															ombre	;													
	N.º de Seguro Social (los últimos 4)  Fecha de nacimiento																													
	Direc	Dirección																												
	Direc	cion																												
	Dirección de e-mail										Teléfono de la casa										Teléfono celular									
4.	Info	Información sobre la institución financiera																												
	Nom	Nombre del banco:																												
		Número de teléfono del banco:																												
		ABA o n.° de enrutamiento  N.° de cuenta																												
		1 1			1	1	1	I I	1.							<del></del>							<del>                                     </del>							
	:								:		:													<u> </u>					:	
		Cuenta corriente (adjuntar una conia de un cheque anulado preimpreso)*																												
		Cuenta corriente (adjuntar una copia de un cheque anulado preimpreso)*  Cuenta de ahorro*																												
		* New York Life deberá verificar que la cuenta corriente o cuenta de ahorro personal a la que quieres que enviemos tus pagos está a nombre del beneficiario. Por lo tanto, deberás presentar un cheque personal "anulado" o una carta de declaración de la institución financiera en la que figure el nombre y número de cuenta.																												
			<mark>"an</mark>	<mark>ulado"</mark>	o u	na (	<u>carta</u>	de a	<mark>leclara</mark>	<mark>ción</mark>	<mark>de la i</mark> i	nstitu	ución	financ	iera	en	la q	<mark>ue fig</mark>	jure	e el	non	ıbı	re y	<mark> nú</mark>	ime	ro d	e cu	<mark>ient</mark> a	<mark>2.</mark>	
5.	Firn	Firmas (obligatorias). Con tu firma, confirmas que la información incluida en este formulario es correcta.																												
	Firma	del k	ene	eficiario	o:									F	-ес	ha: _					_									
		Firma del beneficiario o titular de cuenta conjunto: Fecha: (si corresponde)																												

Favor de firmar, poner la fecha y devolver por correo postal, fax o e-mail.