

**AIL
American Income Life
Insurance Company**

Reinstatement Transmittal

SGA Name
Transmittal Date

_____ State _____

(Print - Agent's Name)

Agent L. Name (5 Ltrs.)

Agent #

	Policy Number	Policyholder Name	1st Year	H.O. USE ONLY
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				

