



Solicitud de Cambios Datos Personales y/o Duplicado de Póliza

Asegurado:

Agencia:

Propietario:

Número de Póliza:

Instrucciones:

1. Use solo las secciones que sean aplicables a sus cambios y marque la casilla de la sección seleccionada.
2. Complete todas las partes de una sección o secciones seleccionadas.
3. Todos los cambios deben ser firmados por el propietario de la póliza.

1. Cambio de Dirección (Favor marcar la dirección que está cambiando, si la opción seleccionada es "Ambas", utilizar planillas adicionales o el reverso de esta misma). ☐

Nueva Dirección

☐ Residencia ☐ Oficina ☐ Ambas

Ciudad / Estado / Provincia	País	Código Postal

Cambio Teléfonos Habitación:

Cambio E-mail: (marcar correos electrónicos principales)

Cambio Teléfonos Oficina:

Cambio Teléfonos Celulares:

Cambio Otros Teléfonos:

2. Modificación/Corrección en el Nombre ☐

Propietario Nombre Actual: Nombre Correcto:

Asegurado Nombre Actual: Nombre Correcto:

Beneficiario Nombre Actual: Nombre Correcto:

Razón del cambio: ☐ Matrimonio ☐ Divorcio ☐ Otros (Explique):

Debe anexarse la evidencia legal para validar el cambio de acuerdo a la normativa legal del respectivo país o estado.

3. Cambio de Beneficiario. ☐

Por la presente renuncio a cualquier designación anterior de beneficiario y solicito a la compañía que cambie el(los) beneficiario(s) de la póliza arriba nombrada a el(los) listado(s) aquí abajo.

Nombre del Beneficiario: FDN / / Parentesco %

Nombre del Beneficiario: FDN / / Parentesco %

Nombre del Beneficiario: FDN / / Parentesco %

Nombre del Beneficiario: FDN / / Parentesco %

Nombre del Contingente: FDN / / Parentesco %

Nombre del Contingente: FDN / / Parentesco %

(Para designar mas beneficiarios que el espacio disponible en esta planilla, por favor adjunte planillas adicionales, que serán procesadas como una sola solicitud. Recuerde que el total de Beneficiarios debe sumar 100%).

4. Otros Cambios (Por favor especifique el cambio) ☐**5. Duplicado de la Póliza** ☐

Certifico que la póliza arriba mencionada se ha perdido o ha sido destruida y no tengo conocimiento donde pudiera estar. Explique:

☐ Duplicado (\$ 25) ☐ Certificado (sin costo)

Esta solicitud debe ser firmada por el asegurado, el propietario y cualquier beneficiario irrevocable. Cuando se requiera la firma o autorización de los responsables de una compañía o persona jurídica distinta de una persona natural, el nombre de la compañía o persona jurídica debe venir avalado con la firma de uno o más de sus funcionarios autorizados para firmar en nombre de la misma en forma individual o conjunta, diferente(s) del asegurado designado como tal, además del sello de dicha compañía o persona jurídica. En estos casos se requerirá además copia certificada actualizada de los estatutos de dicha entidad jurídica debidamente registrados y publicados de acuerdo al ordenamiento legal vigente en el respectivo país o estado. Por la presente convenimos en que nuestras firmas respaldan cualquier solicitud que se haya hecho en todas las páginas de este documento. Doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta planilla sea tratada como una versión original para todo efecto.

Firma Asegurado

Firma Propietario

Firma por Compañía

Fecha

Enviado por Agencia / Firma / Fecha

Recibido por STL / Firma / Fecha