

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre completo del Asegurado: Nro. Póliza:
Nombre completo del Tomador: LP/Agencia:

DUPLICADO O COPIA DE PÓLIZA

☐ Solicito un duplicado de esta Póliza, dado que el original fue: ☐ extraviado ☐ destruido ☐ otro motivo:

☐ Solicito una copia de esta Póliza. El motivo es:

Certifico que esta Póliza no ha sido asignada o transferida a ninguna persona, ni utilizada como garantía en ninguna transacción.

FIRMAS

El Tomador acepta que la presente Solicitud de Cambio forma parte inseparable del contrato de la Póliza. La aceptación de Prudential Seguros S.A. de los cambios a realizar se notificarán en la documentación que la Compañía remita al Tomador. El cambio será efectivo a partir de su fecha de aceptación.

.....
Firma del Tomador (o representante legal)

.....
Aclaración

.....
Fecha

.....
Lugar

.....
Firma del Life Planner (o testigo)

.....
Aclaración

.....
Fecha

.....
Lugar