

NOTA: le solicitamos por favor, imprima este formulario, y una vez completo y firmado, lo envíe vía e-mail a atencionalasegurado@prudential.com o por fax al 0800-777-PRUD (7783).
El formulario podrá ser completado desde el archivo editable, antes de imprimirlo.



Prudential

CAMBIO DE APORTES ADICIONALES

INFORMACIÓN GENERAL

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

CAMBIO EN EL APORTE DE FONDOS ADICIONALES

Para prima única o primas anualizadas iguales o superiores a \$40.000, deberá adjuntarse el Formulario de Datos Adicionales y Certificación extendida por Contador Público matriculado y/o copia del balance firmado por Contador Público y certificado por Consejo Profesional de Ciencias Económicas y/o certificación bancaria de donde surja la existencia de fondos suficientes y/o cualquier otra documentación que respalde de acuerdo al origen declarado, la tenencia de fondos suficientes para realizar la operación.

- ☐ Solicito eliminar el aporte de fondos adicionales de esta Póliza.
- ☐ Solicito modificar el aporte de fondos adicionales de esta Póliza a U\$S/\$ La frecuencia del pago de los aportes adicionales coincide con la frecuencia del pago de primas de la Póliza y el monto de estos aportes debe estar comprendido entre los valores máximos y mínimos permitidos, según el plan vigente.

DECLARACIÓN JURADA SOBRE LICITUD Y ORIGEN DE FONDOS

De acuerdo con lo requerido por la Unidad e Información Financiera en su Resolución UIF N° 32/2011, el Tomador de esta póliza manifiesta bajo declaración jurada que los fondos con los cuales abona la prima y los aportes adicionales correspondientes a esta Póliza fueron obtenidos lícitamente como consecuencia del ejercicio de su profesión habitual.

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.

Se deja constancia que el Life Planner ha verificado el DNI, LC, LE, CI de MERCOSUR o Pasaporte vigente del Tomador de esta Póliza.

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

.....
Aclaración

.....
Fecha

.....
Lugar

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

.....
Aclaración

.....
Fecha

.....
Lugar