



SOLICITUD DE DUPLICADO DE POLIZA

Nombre del Asegurado: _____ Seg. Social: _____

Dirección Postal: _____
Urbanización / PO Box / Barrio/ RR / HC Número/ Calle Ciudad País Zona Postal

Teléfono Res.: _____ Teléfono Cel: _____ e-mail: _____

Número de Póliza: _____ Plan: _____

Solicito un:

- Certificado de cubierta - no tiene costo
Duplicado de póliza - costo \$10.00 (Puede realizar el pago mediante cheque o giro a nombre de Triple-S Vida, se acepta efectivo solo en nuestras oficinas)

Certifico que la póliza:

- se me extravió y no he podido localizarla, a pesar de los esfuerzos realizados con este propósito;
tengo la póliza original en mi poder, y solicito el duplicado / certificado de cubierta para conveniencia propia; no utilizaré éste con ningún otro propósito.

Acuerdo: Triple-S Vida, Inc., emitirá un certificado atestiguando la pérdida de la póliza, u otra constancia del otorgamiento de la misma. A cambio del otorgamiento, cada uno de los que aquí firman acuerdan lo siguiente:

- En caso de que se encuentre la referida póliza en el futuro, se enviará a la Oficina Principal de la Compañía.
Se indemnizará a la Compañía y se le protegerá contra toda demanda o juicio que pueda establecerse referente a dicha póliza original, incluso todos los gastos y costos incidentales a toda demanda o juicio de tal índole. Este convenio surtirá efecto legal forzoso respecto a los albaceas, administradores y otros sucesores de los que firman en adelante.

Firmado en _____, Puerto Rico, hoy, día _____ de _____ de 20_____.

FIRMA DEL ASEGURADO

FIRMA DEL BENEFICIARIO
(Si es Irrevocable)

FIRMA DE TESTIGO

FIRMA DEL DUEÑO
(Si es diferente del asegurado)

Dirección Postal del Dueño:

Representante de Servicios

Débito o Núm. Representante de Servicios _____