



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:

- checkbox Duplicado de póliza - puede obtener copia de su póliza a través del portal www.sssvida.com
checkbox Certificado de cubierta - no tiene costo.

Certifico que la póliza:

- a) checkbox se me extravió y no he podido localizarla, a pesar de los esfuerzos realizados con este propósito;
b) checkbox 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.
• A la Compañía y sus afiliadas se indemnizará 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 \_\_\_\_\_