Ohio National
Seguros de Vida S.A.

SOLICITUD PARA CAMBIO DE POLIZA

El suscrito _____R..U.T. _____ - ___
propietario de la Póliza N° _____Por la presente solicita a **Ohio National Seguros de Vida S.A**., que emita en lugar de la misma, una nueva Póliza o un endoso de dicha Póliza original; y que el cambio sea efectivo a partir del, día _____mes _____año _____ ; y será como sigue:

Plan de Seguro Solicitado : _____
Capital Asegurado U.F. : _____
Primas pagaderas cada : _____ mes(es)

CONTRATOS SUPLEMENTARIOS POR BENEFICIOS ADICIONALES

☐ Exoneración de Prima (EP)
☐ Beneficio por Muerte Accidental (BMA)
Capital U.F.: _____
☐ Invalidez Total y Desmembramiento Accidental (ITD)
Capital U.F.: _____

☐ Oncológico Capital U.F.: _____
☐ E.Graves Capital U.F.: _____
☐ Otros a Identificar _____

Solicitud Especial : _____
_____
_____

Endoso (para ser completado por la Compañía) _____
_____
_____
_____
_____

Yo (nosotros) él(ellos) abajo firmante(s), siendo las persona(s) interesa(s) en dicha póliza original, por la presente conviene y acuerda que ésta Solicitud, conjuntamente con cualquier enmienda, suplemento y declaración contenidos en la solicitud para dicha Póliza original o en otros documentos sometidos en la Compañía en apoyo de esta Solicitud, por medio de la presente, constituyen la base para la emisión de la nueva póliza o endoso aquí solicitado, según sea el costo, de cualquier Póliza o Endoso emitida sobre esta Solicitud serán ratificación de cualquier corrección o en adición a esta Solicitud hecha en el espacio provisto para Endosos (de la Compañía); y que en consideración de tal emisión o endoso, yo (nosotros) por la presente exonero y libero para siempre a dicha Compañía de toda obligación o demanda bajo dicha Póliza original, como haya sido endosada, según sea el caso.

Otorgado en _____ día _____ Mes _____ año _____

_____ Firma Testigo

_____ Firma Asegurado

_____ Firma Testigo

_____ Firma Contratante

_____ Firma Testigo

_____ Firma Beneficiario Irrevocable