



SOLICITUD PARA EMISIÓN DE
BENEFICIO DUPLICADO

ESCRIBIR LEGIBLEMENTE

2491 Alluvial Ave. Ste. 170
Clovis, CA 93611
1-855-54-PAMANA
1-855-547-2626

de Plan: _____ Propietario: _____

Instrucciones para completar este formulario

1. Este formulario debe ser completado con tinta y no puede ser alterado por el uso de líquido de corrección.
2. Favor escribir legiblemente.
3. El propietario del plan debe completar y firmar el formulario.

Yo, el infraescrito, siendo el Propietario del plan mencionado arriba emitido en la vida de

_____, por la presente solicito una copia de dicho plan.

Nombre del (de los) participante (s) cubierto (s): _____

Por la presente certifico que la copia original del plan: (marque una)

_____ Se ha perdido o destruido.

_____ Nunca fue recibido.

Prometo devolver el plan original a la compañía si es posteriormente encontrado o recibido.

Firma del Propietario

Fecha

() _____
Número de Teléfono

Correo Electrónico (email)