GALENO VIDA

SOLICITUD DE ENDOSO / ANULACIÓN

Fecha de Solicitud: _____ Número de Póliza: _____

RAMA (marque con una cruz):

Vida Colectivo ☐ Vida Obligatorio Decreto 1567 / 74 ☐ Accidentes Personales ☐

DATOS DEL TOMADOR

Apellido y Nombres o Razón Social: _____

Tipo y Número de Documento: _____ CUIL / CUIT: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ CP: _____ Teléfono: _____

E-mail: _____ Celular: _____

TIPO DE ENDOSO

Corrección ☐ Cambio ☐ Inclusión ☐ Exclusión ☐ Anulación ☐ Otro ☐

Fecha Inicio de Vigencia (no puede ser anterior a la Fecha de Solicitud) _____

Descripción detallada del movimiento:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma del Tomador

Aclaración