MAPFRE | ARGENTINA VIDA

CORRECCIONES A LA SOLICITUD DE UNA PÓLIZA

PRODUCTOR _____

Yo, _____ por la presente requiero que mi solicitud

de fecha _____, sea modificada de la siguiente forma:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Para Endosos de la Compañía Únicamente

Certifico que, desde la fecha en que fui examinado por el médico en relación a mi Solicitud de Seguro , no he tenido cambios en mi estado de salud, no he debido consultar a médico alguno, ni he recibido atención médica de ningún tipo.
Certifico además, que todas las declaraciones entregadas en dicha Solicitud, incluyendo lo referente a mi ocupación, continúan vigentes y son exactas.
Finalmente certifico que acepto que las correcciones a la Solicitud, estipuladas en el presente documento, sean traspasadas a la Solicitud misma, en los espacios correspondientes para endosos de la Compañía.

En _____, a los _____ días del mes de _____ de 20_____.

_____
Firma del Propuesto Asegurado

_____
ACLARACIÓN