



**SOLICITUD DE MODIFICACION
RAMO ACCIDENTES PERSONALES
INTEGRO MAX**



POLIZA	VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.
ORGANIZADOR NRO.	PRODUCTOR NRO.	VENDEDOR NRO.	PARTICIPANTE NRO.		

TOMADOR		APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL					
TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO			FECHA DE NACIMIENTO
DNI	LE	LC	CI				

ALTAS								
N°	Apellido y Nombre	Tipo y N° de documento	Fecha de Nacimiento	¿Presenta Incapacidad al Momento de Ingreso?		Es Zurdo?	Beneficiario (Apellido, Nombre, tipo y N° de documento)	Firma del Asegurable
				No	Si (Describir y adjuntar DDJJ de salud)			
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								

BAJAS			
Cert. N°	Apellido y Nombre	Tipo y N° de documento	Fecha de baja

Recuerde que la cobertura de Accidentes Personales ÍNTEGRO, se limita exclusivamente a la nómina de personas presentada a la Aseguradora por la cual es indispensable mantener actualizada la misma.

LUGAR: FECHA: FIRMA DEL TOMADOR ACLARACION DE FIRMA	Declaro que la firma de quien suscribe la presente solicitud de seguro es auténtica y ha sido puesta en mi presencia. FIRMA Y SELLO DEL PRODUCTOR/ASESOR MATRICULA N°:
--	--	--