# SOLICITUD DE ENDOSO

Instituto del Seguro de Entre Ríos

SEÑORES

INSTITUTO AUTÁRTICO PROVINCIAL DEL SEGURO DE ENTRE RÍOS

Con referencia a la póliza Nº_____ del ramo _____

_____

solicito/amos hacer constar por endoso las modificaciones que seguidamente señalo/amos:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

F: SE - 06 2019

**LA RECEPCIÓN DE LA PRESENTE SOLICITUD, CUYOS DATOS SE DETALLAN UT-SUPRA, NO OBLIGAN NI IMPLICAN ACEPTACIÓN DEL RIESTO. Art. 4º DE LA LEY DE SEGUROS**

_____

Lugar y Fecha

_____

Firma

_____

Aclaración



SSN | SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN
**Org. de control** www.argentina.gob.ar/ssn
**Atención al asegurado** 0800-666-8400
**Nº de insc. en SSN** 0254