

Solicitud Traspaso de Cartera

Indicar el tipo de movimiento		Fecha:
Tipo 1 A petición del Asegurado <input type="radio"/> A PETICIÓN DEL ASEGURADO	Tipo 2 Traspaso de Clave Puente <input type="radio"/> POR INTERMEDIACION <input type="radio"/> CLAVE PUENTE A AGENTE	Tipo 3. Traspaso Total de Cartera <input type="radio"/> ASIGNACION POR RENUNICIA O FALLECIMIENTO <input type="radio"/> ASIGNACION POR CAMBIO DE RESIDENCIA
Especificar _____		Especificar _____

Agentes solicitantes	
Clave Única y folio Agente que cede	Nombre del Agente
Clave Única y folio Agente que recibe	Nombre del Agente

Número de póliza (10 dígitos)	Ramo	Nombre del Asegurado	Firma
DESCRIPCIÓN DE AUTORIZACIÓN		NOMBRE Y VO. BO. FUNCIONARIO QUE AUTORIZA	
Firma del Agente que cede		Firma del Agente que recibe	
Nombre y Firma D.A. que cede		Nombre y Firma D.A. que recibe	

Notas Importantes
<p>* Es indispensable requisitar en este formato todas las solicitudes indicando DATOS CORRECTOS Y COMPLETOS,</p> <p>* En caso de error u omisión la solicitud será rechazada y deberá ingresarse como nueva solicitud.</p>