

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS

Lugar: _____
Fecha: _____

SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C.V.

Batallón de San Patricio No. 111, Local 1401,
San Pedro Garza García, Nuevo León, C.P. 66269

A quien corresponda:

P R E S E N T E.-

Por medio de la presente, solicitamos formalmente, por así convenir con nuestros intereses, de conformidad con lo establecido en el Artículo 26 del Reglamento de Agentes de Seguros y de Fianzas, la cesión de la póliza no. _____ del contratante _____, incluyendo los derechos de cobro de comisiones y demás obligaciones y responsabilidades respecto a dicho contratante, de acuerdo con el siguiente recuadro:

NOMBRE AGENTE CEDENTE	
CLAVE AGENTE CEDENTE	
NOMBRE AGENTE CESIONARIO	
CLAVE AGENTE CESIONARIO	

Así mismo, el Agente Cesionario, recibe de conformidad la citada póliza a su entera satisfacción, comprometiéndose éste a administrarla de forma correcta y en apego a los lineamientos y políticas establecidas por SiSNova.

Sin más por el momento, reciban un cordial saludo.

AGENTE CEDENTE

AGENTE CESIONARIO

Nombre y firma
(Opcional. Debe notificarse al Agente)

Nombre y firma

CONTRATANTE

Nombre y firma

VoBo Subdirección Comercial
SiSNova