

Solicitud Traspaso de Cartera

Indicar el tipo de movimiento		FECHA
Tipo 1 A petición del Asegurado <input type="radio"/> A PETICIÓN DEL ASEGURADO Especificar _____	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 RENUNICA O FALLECIMIENTO <input type="radio"/> ASIGNACION POR CAMBIO DE RESIDENCIA Especificar _____

Agentes solicitantes		
Clave Única y folio Agente que cede	D.A.	Nombre del Agente
Clave Única y folio Agente que recibe	D.A.	Nombre del Agente
12512	131	GRUPO ONIX AGENTE DE SEGUROS

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
	GRUPO ONIX AGENTE DE SEGUROS
Nombre y Firma D.A. que cede	Nombre y Firma D.A. que recibe

Notas Importantes
<p>* Consultar políticas en: www.contactognp.com.mx/consultas</p> <p>* Es indispensable requisitar en este formato todas las solicitudes indicando DATOS CORRECTOS y COMPLETOS, en caso de error u omisión será rechazada; con lo cual deberán reiniciar su trámite como nuevo.</p>