

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS

Lugar: _____
Fecha: _____

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

Batallón de San Patricio No. 111, Piso 14 Local 01, Col. Del Valle Oriente,
San Pedro Garza García, Nuevo León, C.P. 66260

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