

## Solicitud de Cambio de Conducto

|   | Ramo:  | Día Mes Año                               |
|---|--|---|
|   | Ramo:  | Fecha: Liliani IIII                       |
| A: <b>Gerencia Emisión</b>                      | De: <b>Territorial</b>   | Póliza No.                                |
| Nombre del Asegurado                            |  | R.F.C                                     |
| Domicilio(Calle, Número, Coloni                 | ia Delegación)   | C. P                                      |
|   | Tel. Oficina Población y Es  | stado                                     |
| Agente Actual                                   |  | Clave                                     |
| Promotor Actual                                 |  | Clave                                     |
| Agente Nuevo                                    |  | Clave                                     |
| _   |  |   |
| ☐ Falta de seguimiento por p☐ Otro Especificar: | parte del Agente Actual 🔲 Traspaso de cuenta   |   |
|   | rtir de este momento, mi nuevo Agente me proporcione el se<br>tactar al cliente para validar la solicitud de cambio. | ervicio que requiero.                     |
| Anexar fotocopia de credencia                   | al oficial reciente con fotografía y firma del Asegurado. (Licen   | ncia, Pasaporte o Credencial de Elector). |
| Firma del Agente Actual                         | Firma Promotor Actual  | Firma del Asegurado                       |
| Firma del Agente Nuevo                          | o Firma Promotor Nuevo   | Firma Director de Oficina<br>Vo.Bo.       |

Nota: Este cambio se efectuará sobre el recibo pendiente o la renovación de la Póliza de acuerdo con las políticas establecidas.



## Solicitud de Cambio de Conducto

|   | Ramo:                      |                                 | Fecha:                | Día                   | Mes       | Año          |
|---|----------------------------|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|--------------|
| A: Gerencia Emisión                                   | De: <b>Te</b>              | erritorial                      |                       | _ Póliza N            | 0         |              |
| Nombre del Asegurado                                  |                            |                                 |                       | _ R.F.C               |           |              |
| Domicilio(Calle, Número, Colonia Del                  |                            |                                 |                       |                       | C. P      |              |
| Tel. Casa   |                            | Población y Es                  | tado                  |                       |           |              |
| Agente Actual   |                            |                                 |                       | Clave _               |           |              |
| Promotor Actual                                       |                            |                                 |                       | Clave _               |           |              |
| Agente Nuevo  |                            |                                 |                       | Clave _               |           |              |
| Promotor Nuevo  |                            |                                 |                       |                       |           |              |
| ☐ Falta de seguimiento por parte c☐ Otro Especificar: | _                          |                                 |                       |                       |           | gente Actual |
|   |                            |                                 |                       |                       |           |              |
| Por lo tanto, solicito que a partir de                |                            | _                               | ervicio que requiero. |                       |           |              |
| Nota: La Compañía podrá contactar                     | ai cliente para validar ia | a solicitud de cambio.          |                       |                       |           |              |
| Anexar fotocopia de credencial ofici                  | al reciente con fotografía | a y firma del Asegurado. (Licen | cia, Pasaporte o Cred | eb Isionek            | e Elector | ).           |
| Firma del Agente Actual                               | Fi                         | irma Promotor Actual            | - Fir                 | ma del Ase            | egurado   |              |
| Firma del Agente Nuevo                                |                            | Firma Promotor Nuevo            | . Firma               | Director de<br>Vo.Bo. |           |              |

Nota: Este cambio se efectuará sobre el recibo pendiente o la renovación de la Póliza de acuerdo con las políticas establecidas.



## Solicitud de Cambio de Conducto

|                                       |   | Día Mes Año                                |
|---------------------------------------|---|--|
|                                       | Ramo:   | Fecha:                                     |
| A: Gerencia Emisión                   | De: <b>Territorial</b>  | Póliza No                                  |
| Nombre del Asegurado                  |   | R.F.C                                      |
| Domicilio(Calle, Número, Colonia Dele |   | C. P                                       |
|                                       |   | Estado                                     |
| Agente Actual                         |   | Clave                                      |
| Promotor Actual                       |   | Clave                                      |
| Agente Nuevo                          |   | Clave                                      |
|                                       |   |  |
|                                       |   |  |
| Solicito que a partir de esta fecha e | el Agente de Seguros que tenía asignado deje de ate   | nder mi póliza debido a:                   |
| ☐ Falta de seguimiento por parte de   | del Agente Actual 🔲 Traspaso de cuer  | ntas                                       |
| Otro Especificar:                     |   |  |
|                                       | e este momento, mi nuevo Agente me proporcione el al cliente para validar la solicitud de cambio. | servicio que requiero.                     |
| Anexar fotocopia de credencial oficia | ial reciente con fotografía y firma del Asegurado. (Lico  | encia, Pasaporte o Credencial de Elector). |
| Firma del Agente Actual               | Firma Promotor Actual   | Firma del Asegurado                        |
| Firma del Agente Nuevo                | Firma Promotor Nuevo  | Firma Director de Oficina<br>Vo.Bo.        |

Nota: Este cambio se efectuará sobre el recibo pendiente o la renovación de la Póliza de acuerdo con las políticas establecidas.