

Solicitud Traspaso de Cartera

Indicar el tipo de movimiento			Fecha:
Tipo 1 A petición del Asegurado ☐ A PETICIÓN DEL ASEGURADO Especificar _____	Tipo 2 Traspaso de Clave Puente ☐ CLAVE PUENTE A AGENTE Especificar _____	Tipo 3. Traspaso Total de Cartera ☐ ASIGNACION POR RENUNCIA O FALLECIMIENTO ☐ 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	

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