

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 PUETE A AGENTE Especificar _____ | Tipo 3. Traspaso Total de Cartera <input type="radio"/> ASIGNACION POR RENUICIA 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 | |
| | | | |

| 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 |
|---|
| <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> |