



Ramo: \_\_\_\_\_ Fecha: 

Día									
Mes									
Año									

A: **Gerencia Emisión** \_\_\_\_\_ De: **Territorial** \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ R.F.C. \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_  
(Calle, Número, Colonia Delegación)

Tel. Casa \_\_\_\_\_ Tel. Oficina \_\_\_\_\_ Población y Estado \_\_\_\_\_

Agente Actual \_\_\_\_\_ Clave \_\_\_\_\_

Promotor Actual \_\_\_\_\_ Clave \_\_\_\_\_

Agente Nuevo \_\_\_\_\_ Clave \_\_\_\_\_

Promotor Nuevo \_\_\_\_\_ Clave \_\_\_\_\_

Solicito que a partir de esta fecha el Agente de Seguros que tenía asignado deje de atender mi póliza debido a:

Falta de seguimiento por parte del Agente Actual  Traspaso de cuentas  Fallecimiento del Agente Actual

Otro Especificar: \_\_\_\_\_

Por lo tanto, solicito que a partir de este momento, mi nuevo Agente me proporcione el servicio que requiero.

Nota: La Compañía podrá contactar al cliente para validar la solicitud de cambio.

Anexar fotocopia de credencial oficial reciente con fotografía y firma del Asegurado. (Licencia, 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  
Vo.Bo.

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



Ramo: \_\_\_\_\_ Fecha: 

Día	Mes	Año

A: **Gerencia Emisión** \_\_\_\_\_ De: **Territorial** \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ R.F.C. \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_  
(Calle, Número, Colonia Delegación)

Tel. Casa \_\_\_\_\_ Tel. Oficina \_\_\_\_\_ Población y Estado \_\_\_\_\_

Agente Actual \_\_\_\_\_ Clave \_\_\_\_\_

Promotor Actual \_\_\_\_\_ Clave \_\_\_\_\_

Agente Nuevo \_\_\_\_\_ Clave \_\_\_\_\_

Promotor Nuevo \_\_\_\_\_ Clave \_\_\_\_\_

Solicito que a partir de esta fecha el Agente de Seguros que tenía asignado deje de atender mi póliza debido a:

Falta de seguimiento por parte del Agente Actual       Traspaso de cuentas       Fallecimiento del Agente Actual

Otro Especificar: \_\_\_\_\_

Por lo tanto, solicito que a partir de este momento, mi nuevo Agente me proporcione el servicio que requiero.

Nota: La Compañía podrá contactar al cliente para validar la solicitud de cambio.

Anexar fotocopia de credencial oficial reciente con fotografía y firma del Asegurado. (Licencia, 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  
Vo.Bo.

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



Ramo: \_\_\_\_\_ Fecha: 

Día	Mes	Año

A: **Gerencia Emisión** \_\_\_\_\_ De: **Territorial** \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ R.F.C. \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_  
(Calle, Número, Colonia Delegación)

Tel. Casa \_\_\_\_\_ Tel. Oficina \_\_\_\_\_ Población y Estado \_\_\_\_\_

Agente Actual \_\_\_\_\_ Clave \_\_\_\_\_

Promotor Actual \_\_\_\_\_ Clave \_\_\_\_\_

Agente Nuevo \_\_\_\_\_ Clave \_\_\_\_\_

Promotor Nuevo \_\_\_\_\_ Clave \_\_\_\_\_

Solicito que a partir de esta fecha el Agente de Seguros que tenía asignado deje de atender mi póliza debido a:

Falta de seguimiento por parte del Agente Actual       Traspaso de cuentas       Fallecimiento del Agente Actual

Otro Especificar: \_\_\_\_\_

Por lo tanto, solicito que a partir de este momento, mi nuevo Agente me proporcione el servicio que requiero.

Nota: La Compañía podrá contactar al cliente para validar la solicitud de cambio.

Anexar fotocopia de credencial oficial reciente con fotografía y firma del Asegurado. (Licencia, 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  
Vo.Bo.

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