



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

Día	Mes	Año

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

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

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

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

Agente Original \_\_\_\_\_ Clave \_\_\_\_\_

Promotor Original \_\_\_\_\_ Clave \_\_\_\_\_

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

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

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

por lo tanto y de ser posible me asignen a la persona designada en esta solicitud como Agente Sustituto para que me de el servicio que requiero.  
(Para cualquier aclaración comunicarse al teléfono arriba anotado).

**Observaciones**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anexar fotocopia de credencial oficial reciente con fotografía y firma del Asegurado. (Licencia. Pasaporte o Credencial de Elector).

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente Original                      Firma Promotor Original                      Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente Actual                      Firma Promotor Actual                      Firma Subdirector Operativo  
Vo.Bo.

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



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

Día	Mes	Año

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

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

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

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

Agente Original \_\_\_\_\_ Clave \_\_\_\_\_

Promotor Original \_\_\_\_\_ Clave \_\_\_\_\_

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

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

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

por lo tanto y de ser posible me asignen a la persona designada en esta solicitud como Agente Sustituto para que me de el servicio que requiero.  
(Para cualquier aclaración comunicarse al teléfono arriba anotado).

**Observaciones**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anexar fotocopia de credencial oficial reciente con fotografía y firma del Asegurado. (Licencia. Pasaporte o Credencial de Elector).

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente Original                      Firma Promotor Original                      Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente Actual                      Firma Promotor Actual                      Firma Subdirector Operativo  
Vo.Bo.

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



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

Día	Mes	Año

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

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

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

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

Agente Original \_\_\_\_\_ Clave \_\_\_\_\_

Promotor Original \_\_\_\_\_ Clave \_\_\_\_\_

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

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

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

por lo tanto y de ser posible me asignen a la persona designada en esta solicitud como Agente Sustituto para que me de el servicio que requiero.  
(Para cualquier aclaración comunicarse al teléfono arriba anotado).

**Observaciones**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anexar fotocopia de credencial oficial reciente con fotografía y firma del Asegurado. (Licencia. Pasaporte o Credencial de Elector).

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente Original                      Firma Promotor Original                      Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente Actual                      Firma Promotor Actual                      Firma Subdirector Operativo  
Vo.Bo.

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