



|| Solicitud de traspaso ||

Datos del tomador

Nombre y Apellidos _____

DNI _____ Teléfono _____

Domicilio _____

Población _____ Provincia _____ CP _____

Solicita

Con fecha _____ solicito la baja de los siguientes asegurados por
acogerme a la póliza nº _____, perteneciente al colectivo _____

Nº de póliza	Nombre y apellidos de los asegurados	DNI
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Fecha: _____ El tomador del seguro _____