



# || 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 \_\_\_\_\_