

## SOLICITUD 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.