



FOLIO

Siniestro	Num. Poliza	Fecha
		Día Mes Año

RECIBIMOS DE

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

Tel.

Domicilio

Calle

No. Ext.

No. Int.

Col.

Municipio

Ciudad

C.P.

Estado

Tel.

La cantidad de \$

CANTIDAD CON NÚMERO

CANTIDAD CON LETRA

Efectivo

Tarjeta de Débito

Tarjeta de Crédito

Número

Banco

POR CONCEPTO DE PAGO DE DAÑOS OCASIONADOS AL BIEN ASEGURADO

Asegurado

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

Marca

Tipo

Modelo

No. Motor

No. de Serie

Placas

Observaciones

Nota: Cualquier aclaración al respecto favor de comunicarse al departamento de Auditoría Interna

Nombre y Firma Ajustador

Nombre y Firma Asegurado

Nombre y Firma Interasado