



Póliza de Seguro de Vida **Consolida Total** **Póliza No.**
AVISO DE PAGO

Lugar de Expedición				Expedición e Impresión			Oficina	Número de Póliza			Recibo	Año Póliza
				Día	Mes	Año						
				AVISO DE PAGO								
R.F.C. Contratante		Pago de Prima de Seguro				Inicia el			Cubre Hasta			Comprobante
						Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
Moneda	Forma de Pago	Clave Agente	Zona	Nombre del Agente				Fecha y Hora de Pago				
Nombre							PRIMA					
Dirección con número							TOTAL					
Colonia												
CP Ciudad Estado							Firma y Sello					
BANAMEX B:		HSBC RAP:		SCOTIABANK CTE:		BBVA BANCOMER CTE:		BANORTE EMP:		REF:		CONCEPTO:
Para cualquier aclaración a su pago nos puede llamar al teléfono 01 800 0128 638 sin costo, o bien acudiendo a la oficina más cercana a su domicilio. Es necesario efectuar su pago oportunamente. Este recibo, pertenece a una serie, por lo que el pago debe hacerse en ese estricto orden. En caso de siniestro el Asegurado deberá acreditar con sus facturas respectivas el pago de la póliza, tal como fue pactado en el contrato.							Si el pago se efectúa con la tarjeta de crédito, se entenderá recibido cuando la institución bancaria otorgante del crédito acepte el cargo. Número de Tarjeta _____ Fecha de vencimiento _____					
Este documento sólo es válido si se presenta sello de la compañía o institución bancaria que recibe el pago, o número de autorización y constancia de cargo en estado de cuenta bancario en caso de que se realice por medios electrónicos (banca electrónica o vía telefónica). No. Autorización _____							Si el pago se efectúa con cheque será recibido salvo buen cobro y deberá expedirse a nombre de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. No. Cheque _____ Banco _____ Fecha _____					

RECIBO.RPT ORIGINAL ASEGURADO



Día	Inicia el Mes	Año	Moneda	Clave Agente	Oficina	Número de Póliza	Forma de Pago	Recibo	Comprobante	
Nombre							Total a pagar			
BANAMEX B:		HSBC RAP:		SCOTIABANK CTE:		BBVA BANCOMER CTE:		BANORTE EMP:		REF:
RECIBO.RPT COPIA BANCO U OFICINA							CONCEPTO:			



Lugar de Expedición				Expedición e Impresión			Oficina	Número de Póliza			Recibo	Comprobante
				Día	Mes	Año						
Moneda	Forma de Pago	Clase de Servicio			Inicia el			Cubre Hasta			Fecha y Hora de Pago	
					Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
Nombre							PRIMA					
Dirección con número							TOTAL					
Colonia												
CP Ciudad Estado							REGISTRO					
Clave Agente	Zona	Nombre del Agente										

RECIBO.RPT COPIA AGENTE