

# NOTA DE ABONO



Nombre del Asegurado/Contratante	Apellido			Nombre		Inicial	
NIT				Nota de Abono No.			
Serie				Fecha de emisión		DD / MM / AA	
Dirección/Domicilio del Asegurado/Contratante							

Motivo de la devolución								
Póliza No.								
Factura de origen					Fecha de Factura de origen		DD / MM / AA	

DESCRIPCIÓN		
Prima neta	US\$	
Total	US\$	

Cantidad en letras						
--------------------	--	--	--	--	--	--

INTERMEDIARIO DE SEGUROS						
Nombre del Intermediario de Seguros				Código del Intermediario de Seguros		

Firma de recibido						
-------------------	--	--	--	--	--	--