LIQUIDACIÓN DE PRIMAS

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre o Razón Social:	
Domicilio:	
RFC:	**Tel:**

DATOS DE LA PÓLIZA

No. Póliza: **Forma de Pago:**	**Endoso:** **Moneda:**	**Vigencia de la Poliza:** Desde las 12:00 hrs del:	Hasta las 12 hrs del:

AGENTE

Clave:	**Nombre:**

DATOS DE RECIBO

Fecha de Expedición:	Prima Neta Anual:
	Derecho de Póliza:
Fecha Límite de Pago:	Recargos:
	Descuento por comisiones:
No. Recibo:	Subtotal:
	IVA:
Serie de Recibo:	Total a Pagar:
	(_____ 00/100 M.N.)

**ESTE FORMATO NO TIENE VALIDEZ OFICIAL

DATOS DE RECIBO

Banco:	Convenio:	Referencia:

**Este documento no tiene validez para efectos fiscales.

En testimonio de lo cual **DENTEGRA**, firma el presente documento en la México Ciudad de Méxicol el día __ de _____ del_____.

Para atención al Asegurado y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones. Centro de Contacto DENTEGRA: Horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a 22:00 horas, sábados y domingos de 8:00 a 20:00 horas. Ciudad de México y Área Metropolitana: 5002 3102. Interior de la República sin costo de larga distancia: 01 (55) 5002 3102 o 01800 347 1111. Asesoría las 24 horas en caso de Urgencias. Correo electrónico: segurodental@dentegramx.com Página web: dentegra.com.mx

Funcionario Autorizado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de agosto de 2017, con el número CNSF-H0714-0026-2017 / CONDUSEF-002656-01".