

NOTA DE CRÉDITO



Nombre del Asegurado/Contratante	Apellido	Nombre	Inicial
NIT		Nota de Crédito 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\$	
IVA	US\$	
Total	US\$	

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

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

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

Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.

5ª Avenida 5-55, Zona 14 • Europlaza World Business Center, Torre III, Nivel 11, Oficina 1103 • Ciudad de Guatemala PBX: 2300-8000 • www.bupasalud.com/MiBupa