

Ciudad, Estado, Fecha.

Por medio del presente acepto que yo, [REDACTED] realicé un pago con mi tarjeta terminación [REDACTED] por la cantidad de \$ [REDACTED] Banco [REDACTED], a favor de **HDI Seguros S.A. de C.V.** el día [REDACTED] por concepto de compra póliza # [REDACTED] con el siguiente número de autorización [REDACTED].

Así mismo hago constar que solicito a **HDI Seguros S.A. de C.V.**, la devolución correspondiente de mi póliza por la cantidad de \$ [REDACTED] por concepto de:

- 1. Cancelación anticipada
- 2. Cargo no procedente
- 3. Cargo duplicado

Con mi nombre y firma al calce del presente documento hago constar que reconozco los datos que en el se plasman, acepto con total conformidad los montos estipulados y manifiesto que por ello renuncio a toda acción tendiente a solicitud de aclaración por pagos no reconocidos ante la institución bancaria a la que corresponde la información mencionada.

NOMBRE Y FIRMA

**Se debe anexar copia por ambos lados de su INE.
Las cantidades deben de ser exactas incluyendo dos posiciones para centavos.**

C O R P O R A T I V O

Paseo de los Insurgentes #1701 Int. 1 Col. Granada C.P. 37306
León, Guanajuato., México. Tel.: +52 (477) 7104700