

RECIBO DE INDEMNIZACION GASTOS DE MOVILIZACION

Afectado: DORA INES LEON GARCIA
Siniestro: 62475644
Placa: TLY262

Yo **DORA INES LEON GARCIA**, identificado con C.C. No. 52190017, como propietario del vehículo de placas **TLY262** por medio del presente documento hago constar que se pacto con la **ALLIANZ SEGUROS S.A**, la suma de **TRES MILLONES DE PESOS (\$ 3000000.00.)**, como indemnización correspondiente a Pagos gastos de movilizacion, ocasionados por el siniestro **62475644** ocurrido el **10/23/2017**, en el cual se vio afectado mi vehículo de placas **TLY262**.

Por lo anterior declaro que he sido indemnizado a entera satisfacción y por lo tanto renuncio y desisto de cualquier acción civil o penal a que pueda tener derecho contra **ALLIANZ SEGUROS S.A.** De igual forma responderé ante terceros que tengan igual o mejor derecho.

Que como consecuencia de lo anterior se declara a PAZ Y SALVO y libre de posteriores reclamos a **ALLIANZ SEGUROS S.A.**

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá a los 04 días del mes de Enero de 2018.

DORA INES LEON GARCIA
C.C 52190017

Responsable Compañía
Martin C Ruiz Martinez