

Payment Date	Claim No	Line Type	JPayment Type	Amount	Invoice Number	Claimant Name	Policy Number	Loss Description
0	dvsxhndsjn							
1	dvsxhndsjn							
2	dvsxhndsjn							
3	dvsxhndsjn							
4	dvsxhndsjn							
5	dvsxhndsjn							
6	dvsxhndsjn							
7	dvsxhndsjn							
8	dvsxhndsjn							