

RECIBO FINIQUITO DE RECLAMACIÓN



NUM. DE POLIZA	No. CERTIFICADO	VIGENCIA		No. SINIESTRO		FECHA		
72 902 176	044600001002712	20-APR-21	20/09/2021	2021 - 677		10/08/2021		
CONTRATANTE		ASEGURADO TITULAR						
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R		MARIA DOLORES CASTAÑEDA VILLADA						
ASEGURADO AFECTADO		PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE			
J SILVESTRE GARCIA HERNANDEZ		TITULAR	50,000	1				
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD						CLAVE O.I.I.		
ENFERMEDAD ALCOHÓLICA DEL HÍGADO ENFERMEDAD ALCOHÓLICA DEL HÍGADO						K70		
DESGLOSE DE GASTOS								
CONCEPTO	IMPORTE RECLAMADO	IMPORTE CUBIERTO	DEDUCIBLE	COASEGURO	RETENCIONE	IVA	IMPORTE PAGADO	obs
INDEMNA 9001 TOTAL S/FACT: *****	10,000.00	10,000.00	0.00	0.00	0.00 0.00	0.00 0.00	10,000.00 10,000.00	
TOTALES	10,000.00	10,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	10,000.00	

CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL



R3881122KRF
Registro Federal de Contribuyentes



SEGUROS SURA
Número de identificación fiscal
social

ICIF 141113973
VALIDA TU INFORMACIÓN
FISCAL

OBSERVACIONES

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
MARIA DOLORES CASTAÑEDA VILLADA	010960	44254	10,000.00

Recibí de Seguros SURA, S.A. de C.V., la cantidad mencionada en el concepto de "Importe" como pago de la indemnización por la presente reclamación formulada en términos de la póliza correspondiente. Con el pago que recibo a mi entera satisfacción, la compañía aseguradora queda liberada de las obligaciones derivadas de la presente reclamación.

Lugar y Fecha

Nombre y Firma del Reclamante