

RECIBO FINIQUITO DE RECLAMACIÓN



NUM. DE POLIZA	No. CERTIFICADO	VIGENCIA		No. SINIESTRO	FECHA	
72 605 594	044600001551830	01-JUN-21	01/11/2021	2021 - 1489	19/10/2021	
CONTRATANTE		ASEGURADO TITULAR				
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R		JUANA YURIDIA VALDEZ VILLA				
ASEGURADO AFECTADO		PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE	
CRISTHIAN JOVANY VEGA VALDEZ		TITULAR	10,000	0		
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD						CLAVE O.I.I.
OTROS TRAUMATISMOS QUE AFECTAN MÚLTIPLES OTROS TRAUMATISMOS QUE AFECTAN MÚLTIPLES						T06

DESGLOSE DE GASTOS

CONCEPTO	IMPORTE RECLAMADO	IMPORTE CUBIERTO	DEDUCIBLE	COASEGURO	RETENCIONE	IVA	IMPORTE PAGADO	obs
I.R. HOSPITAL		5,000.00		0.00	0.00	0.00	5,000.00	
TOTAL S/FACT: *****	5,000.00	5,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5,000.00	
<b>TOTALES</b>	<b>5,000.00</b>	<b>5,000.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>5,000.00</b>	

CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL

SHCP  
SAT

RASS11271KRF  
Registro Federal de Contribuyentes

SEGUROS SURA  
Número de denominación o razón social

ICIF: 1411109973  
VALIDA TU INFORMACIÓN FISCAL

OBSERVACIONES

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
JUANA YURIDIA VALDEZ VILLA	010960	45028	5,000.00

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