

RECIBO FINIQUITO DE RECLAMACIÓN



NUM. DE POLIZA	No. CERTIFICADO	VIGENCIA		No. SINIESTRO	FECHA	
72 605 574	044600001271150	20-APR-21	20/09/2021	2021 - 1333	26/08/2021	
CONTRATANTE		ASEGURADO TITULAR				
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R		MONICA GUADALUPE GASPAR CHAVEZ				
ASEGURADO AFECTADO		PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE	
MONICA GUADALUPE GASPAR CHAVEZ		TITULAR	0			
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD						CLAVE O.I.I.
LUXACIóN. ESGUINCE Y TORCEDURA DE ARTICU LUXACIóN. ESGUINCE Y TORCEDURA DE ARTICU						S13

DESGLOSE DE GASTOS

CONCEPTO	IMPORTE RECLAMADO	IMPORTE CUBIERTO	DEDUCIBLE	COASEGURO	RETENCIONE	IVA	IMPORTE PAGADO	obs
I.R. HOSPITAL TOT.FACTURA: 13190	5,139.86	4,131.96 4,131.96	0.00 0.00	0.00 0.00	0.00 0.00	0.00 0.00	4,131.96 4,131.96	
TOTALES	5,139.86	4,131.96	0.00	0.00	0.00	0.00	4,131.96	

CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL



OBSERVACIONES

NO SE CUBRE MEDICAMENTO SERC, NO ESTA RELACIONADO CON EL PADECIMIENTO.



RASS11271KRF
Registro Federal de Contribuyentes

SEGUROS SURA
Número de denominación o razón social

ICIF: 14111099783
VALIDA TU INFORMACIÓN FISCAL

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
MONICA GUADALUPE GASPAR CHAVEZ	010960	44398	4,131.96

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