

RECIBO FINIQUITO DE RECLAMACIÓN



NUM. DE POLIZA	No. CERTIFICADO	VIGENCIA		No. SINIESTRO	FECHA	
72 605 651	044600001257790	01-OCT-21	01/03/2022	2021 - 1739	30/12/2021	
CONTRATANTE		ASEGURADO TITULAR				
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R		ZAIRA MAGALI CALVO PEREZ				
ASEGURADO AFECTADO		PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE	
ZAIRA MAGALI CALVO PEREZ		TITULAR	10,000	0		
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD						CLAVE O.I.I.
FRACTURA A NIVEL DE LA MU•ECA Y DE LA MA FRACTURA A NIVEL DE LA MU•ECA Y DE LA MA						S62

DESGLOSE DE GASTOS

CONCEPTO	IMPORTE RECLAMADO	IMPORTE CUBIERTO	DEDUCIBLE	COASEGURO	RETENCIONE	IVA	IMPORTE PAGADO	obs
IND.DIAINC.TOT		400.00		0.00	0.00	0.00	400.00	
TOTAL S/FACT: *****	400.00	400.00	0.00	0.00	0.00	0.00	400.00	
<b>TOTALES</b>	<b>400.00</b>	<b>400.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>400.00</b>	

CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL

SHCP  
SAT

RASS11271KRF  
Registro Federal de Contribuyentes

SEGUROS SURA  
Nombre, denominación o razón  
social

ICIF: 14111099783  
VALIDA TU INFORMACIÓN  
FISCAL

OBSERVACIONES

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
ZAIRA MAGALI CALVO PEREZ	010960	45947	400.00

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