

RECIBO FINIQUITO DE RECLAMACIÓN



NUM. DE POLIZA	NO. CERTIFICADO	VIGENCIA		NO. SINIESTRO	FECHA	
72 605 604	044600001509050	01-JUL-21	01/12/2021	2021 - 1527	04/11/2021	
CONTRATANTE		ASEGURADO TITULAR				
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R		YAZMIN MUÑOZ DAVILA				
ASEGURADO AFECTADO		PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE	
YAZMIN MUÑOZ DAVILA		TITULAR	10,000	0		
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD						CLAVE O.I.I.
OTROS TUMORES BENIGNOS DEL ÚTERO OTROS TUMORES BENIGNOS DEL ÚTERO						D26

DESGLOSE DE GASTOS

CONCEPTO	IMPORTE RECLAMADO	IMPORTE CUBIERTO	DEDUCIBLE	COASEGURO	RETENCIONE	IVA	IMPORTE PAGADO	obs
IND.DIAINC.TOT		600.00	0.00	0.00	0.00	0.00	600.00	
TOTAL S/FACT: *****	600.00	600.00	0.00	0.00	0.00	0.00	600.00	
<b>TOTALES</b>	<b>600.00</b>	<b>600.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>600.00</b>	

CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL



RASS11271KRF  
 Registro Federal de Contribuyentes  
 SEGUROS SURA  
 Nombre, denominación o razón  
 social  
 IVAIF: 14111099783  
 VALIDA TU INFORMACIÓN  
 FISCAL

OBSERVACIONES

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
YAZMIN MUÑOZ DAVILA	010960	45202	600.00

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