

SOLICITUD DE PAGO-FINIQUITO POR TRANSFERENCIA DE RECLAMACIONES

Referencia				No. de Póliza							
No. de Siniestro	Oficina	Ramo	Año		Consecutivo						
Asegurado											
Cobertura que se reclama			Fecha y lugar del siniestro								
Causa del siniestro											
De conformidad con la reclamación presentada a esta Aseguradora relativa al siniestro ocurrido en la fecha y lugar arriba indicados y con cargo a la póliza citada en la referencia, en la que se determinó un Indemnización y Cobertura a que se reclama, cuya cantidad se indica abajo; por este medio solicitamos a Seguros SURA S.A de C.V. el pago de dicha suma, por transferencia bancaria a la cuenta de clave interbancaria descrita a continuación. En el momento en que reciba(amos) el total de dicha suma vía transferencia bancaria, otorgamos a Seguros SURA México, S.A. de C.V, el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome(nos) derecho ni acción alguna que ejercitar en lo futuro, ni en materia civil, penal y/o administrativo y/o ninguna otra materia, ni en México ni en cualquier parte del mundo en contra de Seguros SURA, S.A. de C.V y/o sus representantes y/o sus apoderados.											
Datos para efectuar el pago por transferencia bancaria (agregar copia de su estado de cuenta)											
Clabe Interbancaria de 18 dígitos (obligatorio)				No. de cuenta							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%; text-align: center;"> </td><td style="width:20%; text-align: center;"> </td><td style="width:20%; text-align: center;"> </td><td style="width:20%; text-align: center;"> </td><td style="width:20%; text-align: center;"> </td><td style="width:20%; text-align: center;"> </td> </tr> </table>											
Tipo de cuenta	Institución bancaria		Sucursal		Localidad						
El monto total de Indemnización y Cobertura es de conformidad con la siguiente tabla:											
Monto de la Cobertura Reclamada	\$										
Porcentaje Reclamado	%										
TOTAL INDEMNIZACIÓN	\$										
Total Indemnización con letra:											
Lugar y fecha en que se firma este documento											
Nombre del solicitante y/o beneficiario (y cargo que desempeña en caso de ser persona moral o representante legal de menores o interdictos).				Firma del solicitante y/o beneficiario							
				Nota: En caso de no saber firmar deberá imprimir su huella digital, acompaña de la firma de 2 (dos) testigos con copia de su respectiva identificación.							
Se identifica con (se agrega copia del documento)											